ACADEMIE DE PARIS

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE - NECKER ENFANTS MALADES

111

Année 1973 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Dominique RAFFOUX épouse GIRODET

née le 14 Octobre 1946 à PARIS IXe

Externe des Hôpitaux de PARIS -

Présentée et soutenue publiquement le

LES JEUNES ENFANTS MALTRAITES
ETUDE MEDICO - SOCIALE
DE
110 OBSERVATIONS HOSPITALIERES

Président : M. MANDE - Professeur

ACADEMIE DE PARIS

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE - NECKER ENFANTS MALADES

Année 1973 N°_____

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Dominique RAFFOUX épouse GIRODET

née le 14 Octobre 1946 à PARIS IXe

Externe des Hôpitaux de PARIS -

Présentée et soutenue publiquement le

LES JEUNES ENFANTS MALTRAITES
ETUDE MEDICO - SOCIALE
DE
110 OBSERVATIONS HOSPITALIERES

Président : M. MANDE - Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Jacques, mon mari

A Jean-Noël, mon fils

A mes Parents

A tous les Miens

A tous mes Amis

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552718_0002

A Monsieur le Professeur MANDE

Professeur de la Faculté de Médecine
de Paris
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Qui nous a appris à aimer la pédiatrie et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur STRAUS

Secrétaire Général de l'Institut
de Pédiatrie Sociale

Qui fut pour nous un guide chaleureux sur la voie de la pédiatrie sociale et qui a patiemment participé à l'élaboration de cette thèse

Avec toute notre reconnaissance et notre respectueuse amitié.

A Madame le Docteur RUMEAU-ROUQUETTE

Chef de la Section Mère-Enfant INSERM

En remerciement de l'aide technique et matérielle qu'elle nous a procurée et sans laquelle ce travail n'aurait pu être fait.

A Madame le Docteur ETIENNE

Qui nous a apporté une aide précieuse dans l'exploitation statistique de ce travail.

Qu'elle en soit ici remerciée.

A Monsieur le Professeur F. ALISON

Monsieur le Professeur M. KAPLAN

Monsieur le Professeur G. LAURENCE

Monsieur le Professeur H. MATHIEU

Monsieur le Professeur D. PROT

Monsieur le Professeur J. SALET

Monsieur le Professeur J. WEILL

A Monsieur le Docteur G. AMADO

Au Docteur Claire VESIN

Avec tous nos remerciements pour sa coopération à ce travail et toute notre amitié.

Aux Assistantes Sociales de l'Hôpital Bretonneau :

Madame ALEZRA
Mademoiselle DARNIS
Mademoiselle MEUNIER
Mademoiselle QUINTIN
Madame VERAT

Qui ont collaboré à ce travail en nous fournissant avec une aimable disponibilité des informations précieuses.

Qu'elles en soient ici chaleureusement remerciées.

A Mesdames les Surveillantes

A Mesdames les Infirmières

A Mesdames les Secrétaires

de l'Hôpital Bretonneau

En remerciement de leur accueil et de leur participation.

A Monsieur le Commissaire LEFEUVRE

Qui nous a toujours accueillie avec beaucoup de compréhension et qui partage avec nous le souci de la protection de l'enfance en danger.

En témoignage de notre respectueuse gratitude.

A Mesdames les Officiers de Police de la Brigade de Protection des Mineurs, en particulier

Madame SERRES

Madame STOENESKO

Leur accueil, leur compétence, leur amabilité nous ont permis de recueillir de précieuses informations.

Avec toute notre reconnaissance.

A Marylène MARGEREL

En toute amitié

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Professeur BROUET

Monsieur le Professeur CHRETIEN

Monsieur le Professeur DEPARIS

Monsieur le Professeur FEVRE

Monsieur le Professeur HAMBURGER

Monsieur le Professeur MANDE

Monsieur le Professeur MINKOWSKI

Monsieur le Professeur MOZZICONACCI

Monsieur le Professeur PONCET

Monsieur le Professeur ROUX

Monsieur le Professeur VIALATTE

P L A N

Pages

I- INTRODUCTION - HISTORIQUE..... 1

II- L'ENFANT MALTRAITE..... 6

A- ETUDE CLINIQUE..... 7

1- Données générales 8
2- Conditions d'entrée à l'hôpital 10
3- Motifs d'hospitalisation 12
4- Lésions cliniques 14
5- Diagnostic différentiel 34
6- Traitement 37
7- Séquelles 38
8- Mortalité 43
9- Durée d'hospitalisation 45
10- Récidives 47

B- ANTECEDENTS MEDICO-SOCIAUX..... 49

1- Prématurité 49
2- Hospitalisation et placements antérieurs 54

III- L'ENQUETE SOCIALE..... 70

A- PERSONNES OU STRUCTURES AMENEES A ENQUETER..... 71

B- TYPES D'ENQUETE EFFECTUES DANS LES 110 OBSERVATIONS..... 78

IV- L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL..... 81

A- STRUCTURE FAMILIALE 82
B- ORIGINE ETHNIQUE DU COUPLE PARENTAL 87
C- CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES 89
D- LOGEMENT 93

V- CIRCONSTANCES DE SURVENUE DES MAUVAIS TRAITEMENTS..... 96

A- SITUATION DE L'ENFANT LORS DES MAUVAIS TRAITEMENTS 97
B- CERTITUDE - PRESOMPTION 99
C- AUTEUR DES MAUVAIS TRAITEMENTS 110
D- MODALITES DES MAUVAIS TRAITEMENTS 111

VI- DEVENIR DES ENFANTS AU SORTIR DE L'HOPITAL 116

VII- PERTURBATIONS FAMILIALES..... 121

VIII- CONCLUSION..... 146

IX- BIBLIOGRAPHIE..... 152

L'élaboration de cette thèse a bénéficié des crédits de la section "Mère et Enfant" de l'Institut National de Santé et de Recherche Médicale et de l'aide technique de l'Institut de Pédiatrie Sociale.

I

INTRODUCTION - HISTORIQUE

C'est aux médecins légistes que l'on doit les premières publications concernant les sévices corporels exercés contre des enfants : TARDIEU, en 1879, dans son "Etude médico-légale des blessures" et PARISOT et CAUSSADE, en 1929, dans leur rapport sur "Les sévices envers les enfants" au XIVème Congrès de Médecine Légale.

En 1944, un neurochirurgien américain, INGRAHAM, affirme l'origine traumatique de la plupart des hématomes sous-duraux du nourrisson. En 1946, CAFFEY, radiopédiatre américain publie 6 cas d'hématomes sous-duraux associés à des fractures des membres chez des nourrissons, dont l'origine traumatique lui paraît hors de doute bien qu'aucune notion de traumatisme n'ait été mentionnée dans les observations. En 1953, SILVERMAN décrit des images radiologiques particulières métaphysaires et périostées qu'il se croit autorisé à rattacher à des traumatismes méconnus intéressant les os en croissance du jeune enfant et il parvient, par un interrogatoire minutieux des parents, à obtenir la révélation secondaire d'une histoire traumatique primitivement inavouée. De cette sémiologie radiologique est né le terme de "Syndrome de SILVERMAN".

C'est à WOOLEY en 1955, que revient le mérite, grâce à des enquêtes sociales systématiques, de mettre en évidence chez un grand nombre d'enfants présentant des fractures d'origine inexpliquée, la notion de négligences inavouées ou de brutalités agressives exercées contre l'enfant.

En 1961, KEMPE, SILVERMAN et Coll. analysant les résultats d'une enquête nationale américaine portant sur 71 hôpitaux et 77 "districts attorneys", précisent les caractéristiques cliniques du "syndrome de l'enfant battu". Le diagnostic de mauvais traitements doit être non seulement évoqué lorsqu'aucun

traumatisme n'est reconnu à l'origine de fractures ou d'hématomes sous-duraux mais également lorsque les parents fournissent des explications discordantes ou insuffisantes pour expliquer l'importance des lésions. Les auteurs constatent la répugnance des médecins à envisager la possibilité de sévices de la part des parents. Ils insistent sur l'importance des enquêtes sociales et des investigations psychologiques dont les résultats permettent seuls de décider des mesures de protection qui doivent être mises en place.

En 1964, FONTANA insiste sur le fait que certains enfants maltraités peuvent ne présenter aucune lésion traumatique mais seulement une malnutrition ou une carence de soins et que ces enfants, s'ils ne sont pas dépistés à temps, sont exposés secondairement à des sévices plus graves.

Il faut attendre 1965 pour que l'opinion médicale française prenne conscience de ce problème et le mérite en revient avant tout au Professeur NEIMANN et à l'Ecole Pédiatrique de Nancy. Dans son article "Considérations sur l'étiologie et le pronostic de l'hématome sous-dural du nourrisson", l'auteur, s'appuyant sur les travaux d'INGRAHAM, de CAFFEY et de SILVERMAN, démystifie le caractère "idiopathique" de ces hématomes sous-duraux et met en valeur, derrière des traumatismes inavoués, la présomption de sévices exercés sur les enfants.

A partir de cette date, les travaux français vont se multiplier. En Juin 1967, simultanément le Docteur RABOUILLE, élève du Professeur NEIMANN, publie sa thèse "Les jeunes enfants victimes de sévices corporels", travail le plus complet publié jusqu'à présent sur le sujet, basé sur le dépouillement de 79 dossiers, abordant aussi bien les aspects cliniques que socio-psychologiques et juridiques de ce problème.

Ensuite, toute une série d'auteurs parmi lesquels MAROTEAUX, GRISLAIN, multiplient les observations et les études sur l'enfant maltraité.

L'étude de la psychologie des parents maltraitants a fait également l'objet ces dernières années de nombreuses publications parmi lesquelles, celles de GALDSTON (1965), WASSERMAN (1967), ISAACS (1968), STEELE ET POLLOCK (1968) et en France KREISLER et STRAUS (1970).

A noter enfin trois ouvrages récents :

-"The battered child" (H. HELFER ; H. KEMPE) qui rassemble toute une série de données cliniques, psychologiques et juridiques sur ce problème.;

-"78 battered children : a retrospective study", enquête publiée par la "National Society for the Prevention of Cruelty to children" (NSPCC) à Londres en 1969.

- L'ouvrage "Violence against children", où GIL aborde la dimension sociologique du problème par l'exploitation de toute une série d'enquêtes nationales américaines.

L'étude que nous présentons ici s'inscrit dans un travail qui a débuté à l'hôpital Bretonneau dès 1967 sur les enfants victimes de mauvais traitements admis dans cet établissement.

46 premiers cas avaient fait l'objet d'une exposition scientifique présentée au XXIème Congrès des Pédiatres de Langue Française (P. STRAUS, M. KAPLAN et Coll.) et d'une thèse de R. COMPERE "Syndrome de l'enfant maltraité".

Nous étudierons ici les observations de 110 enfants hospitalisés de Janvier 1958 à Avril 1970 et pour lesquels le diagnostic de mauvais traitements a pu être soit affirmé, soit sérieusement suspecté.

La valeur des observations est très variable selon leur ancienneté. Jusqu'en 1969, il s'est agi d'un travail rétrospectif où nous nous sommes efforcés de rassembler parmi les dossiers de lésions cutanées, de fractures ou d'hématomes sous-duraux, tous ceux dans lesquels aucune notion de traumatisme n'avait été évoquée ou dans lesquels les données fournies par l'interrogatoire des parents paraissaient en discordance avec les lésions cliniques, ainsi que les observations qui laissaient planer un doute sur la qualité du milieu familial ou nourricier.

A partir de 1969, grâce à la coopération des différents services et des travailleurs sociaux de l'hôpital, une équipe de travail s'est efforcée de dépister tous les enfants hospitalisés à la suite de mauvais traitements ou de carences de soins graves. Cet effort de dépistage et une attitude plus systématique dans l'étude des cas expliquent que ceux-ci se soient multipliés ces dernières années et que les observations soient plus complètes.

L'étude de la population en cause s'est heurtée à une difficulté majeure : l'absence de groupe témoin. Pour y remédier, nous avons pu cependant, bénéficier de deux enquêtes effectuées respectivement en 1960 (P. STRAUS "L'hospitalisation des enfants", Monographie n°23, INH) et en 1970 (Docteur AIRIAU, travail non publié) qui étudient les principales caractéristiques médico-sociales des familles d'enfants hospitalisés à Bretonneau.

L'étude du Professeur GRISLAIN à Nantes et surtout la thèse de D. RABOUILLE "Les jeunes enfants victimes de sévices corporels" (thèse Nancy 1967) dont le mode de recrutement des dossiers est sensiblement comparable au nôtre, ont été utilisées comme éléments de référence. Nous avons également comparé nos résultats aux nombreuses enquêtes hospitalières américaines ainsi qu'aux travaux effectués en Angleterre.

II

L'ENFANT MALTRAITE

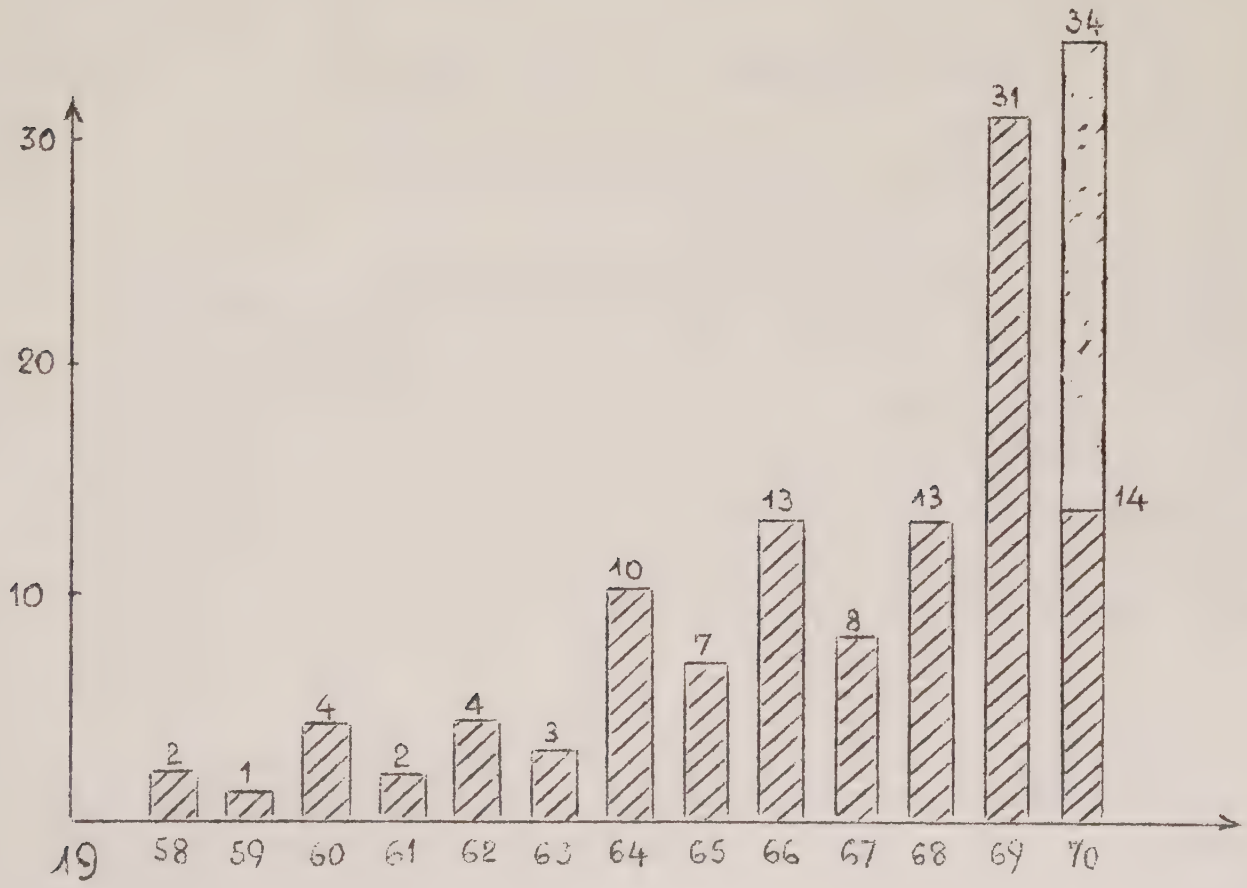
A- ETUDE CLINIQUE

I- DONNEES GENERALES

1°- Fréquence des cas

Sur les 110 observations que nous avons étudiées, nous avons constaté une nette progression des cas ces dernières années :

- 3 cas par an en moyenne de 1958 à 1963 ;
- 8 cas par an en moyenne de 1964 à 1968 ;
-31 cas en 1969 ;
-14 cas entre Janvier et Avril 1970 (Graphique)



NOMBRE DE CAS SELON L'ANNEE (1958-1969 = 98 cas)

Il faut être prudent dans l'interprétation de ce graphique. L'augmentation du nombre de cas, particulièrement importante à partir de 1968, correspond à une meilleure coordination entre les différents services de l'hôpital ainsi qu'entre les travailleurs sociaux dans le but d'une détection plus rigoureuse des enfants victimes de mauvais traitements. Elle n'a donc aucune valeur sur le plan épidémiologique lorsqu'on la compare aux statistiques antérieures à l'année 1968.

2°- Répartition des cas entre les services de médecine et de chirurgie

SERVICE	Nbre de cas	%
Médecine	88	80
Chirurgie	22	20
Total	110	100

La prépondérance des cas détectés en médecine dans les premières années de cette étude correspond au fait que les lésions traumatiques ne sont pas toujours évidentes et peuvent très bien se dissimuler derrière une pathologie médicale banale. Parallèlement à cette époque, l'attention des services de chirurgie n'était pas attirée par ce problème et les observations étaient très pauvres sur le plan de l'étiologie et de l'anamnèse lorsqu'il s'agissait d'enfants présentant des traumatismes banaux ou sans gravité.

Une bonne coordination avec le service de chirurgie a permis, en présence de lésions traumatiques apparemment accidentelles, de dépister ou de suspecter des sévices corporels grâce à une enquête médicale et sociale plus approfondie, d'où la prépondérance des cas de chirurgie depuis 1968.

La répartition par tranches de 5 années entre les services de médecine et de chirurgie est la suivante :

- de 1958 à 1963, 16 cas : 16 (100 %) en médecine
  0 (0 %) en chirurgie
- de 1964 à 1969, 80 cas : 64 (80 %) en médecine
  16 (20 %) en chirurgie
- en 1970, 34 cas (1) : 12 (35 %) en médecine
  22 (65 %) en chirurgie

3°- Age des enfants

AGE	Nbre d'Enfants	%
de 0 à 6 mois	27	24,5
de 6 mois à lan	19	17,3
de 1 à 2 ans	26	23,6
de 2 à 6 ans	38	34,6
Total	110	100

Cette prépondérance des enfants de moins de 3 ans a été retrouvée dans les autres enquêtes hospitalières, aussi bien en France (COMPERE (13), GRISLAIN (35), NEIMANN (59), RABOUILLE (63), qu'à l'étranger (EBBIN (23), FONTANA (27), BIRRELL (7), ELMER (24), GREEG (33), HELFER (37), KEMPE (45), NSPCC (67).

Par contre, dans l'enquête nationale américaine portant sur l'ensemble des cas d'enfants victimes de sévices signalés aux autorités administratives en 1968, GIL recense 6617 enfants dont 33 % seulement ont moins de 3 ans. Le pourcentage élevé d'enfants de moins de 3 ans, retrouvé dans toutes les en-

---

(1) Parmi ces 34 cas, les 14 premières observations seules rentrent dans le cadre de l'étude rétrospective des 110 observations.

quêtes hospitalières, s'explique par le fait que dans ce groupe d'âge, les sévices sont plus graves et entraînent plus facilement l'hospitalisation.

4°- Sexe

50 % de filles - 50 % de garçons.

Notre pourcentage diffère ici de celui retrouvé habituellement dans les autres travaux où la proportion des garçons est très légèrement supérieure à celle des filles (GIL (31), GRISLAIN (35), NEIMANN (59), RABOUILLE (63), SILVER (65), NSPCC (67)).

II- CONDITIONS D'ENTREE A L'HOPITAL

22 enfants (20 %) sont admis par l'intermédiaire de la consultation de l'hôpital.

88 enfants (80 %) sont admis en urgence.

- Dans 70 % des cas, l'enfant est amené à l'hôpital par un membre de sa famille (la mère le plus souvent), soit directement, soit à la suite d'une consultation d'un médecin traitant.

- Dans 10 % des cas, il est amené par sa nourrice.

- Dans 20 % des cas, une assistante sociale, une assistante de la Brigade de Protection des Mineurs ou Police Secours, fait hospitaliser l'enfant, celui-ci étant accompagné ou non par un membre de la famille.

Ce sont donc les parents, dans la grande majorité des cas, qui de leur propre initiative, se décident à appeler un médecin ou à confier directement leur enfant à l'hôpital, invoquant des raisons médicales alors que les lésions traumatiques sont souvent évidentes.

Par contre, on est surpris de constater que, bien souvent, les parents amènent leur enfant à l'hôpital ou font appel à un médecin pour des lésions traumatiques sans gravité (ecchymoses, hématomes) même lorsque l'incohérence de l'anamnèse et le mauvais état général de l'enfant ne peuvent manquer d'éveiller des soupçons. Les parents craignent-ils que ces lésions, apparemment bénignes n'en masquent de plus sévères, non encore mises en évidence, ou bien perçoivent-ils qu'ils vivent un état de crise dont l'enfant est la victime et que, seule une séparation peut permettre de rompre la tension et d'éviter une escalade de violence ?

KEMPE, HELFER et POLLOCK ont étudié les motivations de la demande initiale des familles. Pour ces auteurs, le sévice peut parfois traduire un "appel à l'aide". Ils ont observé à plusieurs reprises un certain soulagement de la part des parents lorsque le médecin constate l'existence des sévices. Les parents donnent alors l'impression que leur désarroi a été perçu et qu'une aide va enfin pouvoir être apportée à l'état de crise dans lequel ils sont plongés.

SKINNER et CASTLE (67), citent de nombreux exemples où cet appel à l'aide de la famille, par le biais d'une consultation pour des lésions traumatiques mineures ou des troubles du comportement, n'a pas été interprêté correctement par le médecin et où l'enfant est réhospitalisé quelques semaines plus tard à la suite de sévices corporels graves.

L'observation suivante nous paraît en être un bon exemple :

Observation n°1

Robert P.. est un petit Antillais âgé de 4 ans, élevé par une tante à la Guadeloupe et repris par ses parents à l'âge de 3ans. Trouvant qu'il n'a pas un comportement normal, ceux-ci consultent à l'hôpital pour "troubles du comportement et retard de langage".

L'enfant subit toute une série d'examens complémentaires (FO, radiographie du crâne, E.E.G., réflexogramme, test de falciformation, épreuve de concentration urinaire) qui se révèlent normaux.

L'enfant est considéré comme physiquement et intellectuellement normal, aucun conseil éducatif n'est donné aux parents. Il ne sera plus revu à la consultation.

6 mois plus tard, il est hospitalisé par la police sur signalement des voisins. La mère raconte que, pour venir à bout de sa turbulence, elle a commencé à frapper l'enfant mais, comme les fessées semblaient n'avoir aucun effet, elle le maintenait attaché sur une chaise par une ceinture et des bandes Velpeau. L'enfant a été découvert par la police véritablement "saucisonné" sur sa chaise.

III- MOTIFS D'HOSPITALISATION

Il s'agit ici des motifs évoqués par la personne accompagnant l'enfant ou dans la lettre du médecin traitant lors de l'admission de l'enfant.

- Dans 20 cas (18 %), un sévice est signalé comme motif d'hospitalisation par le médecin, un service de police ou un service social.

- Dans 20 cas (18 %), un traumatisme accidentel est évoqué par la famille.

- Dans 70 cas (64 %), des raisons médicales diverses (diarrhée, vomissements, etc...) sont évoqués par la famille ou dans la lettre du médecin.

Si l'on considère les 53 enfants qui sont arrivés à l'hôpital avec une lettre de leur médecin demandant l'hospitalisation, 16 lettres seulement faisaient mention de sévices certains ou soupçonnés, ou d'un milieu social très défavorable.

Il est intéressant de constater que, parmi les 16 médecins qui évoquent la possibilité de sévices ou de négligence grave, la moitié (8) étaient des médecins agréés de la Protection Maternelle et Infantile, chargés par celle-ci d'effectuer une visite au domicile quand un enfant avait été signalé comme étant en danger par une assistante sociale, une puéricultrice visiteuse ou par la consultation de nourrissons.

Il n'y a donc que 8 médecins, spontanément consultés par les parents, qui évoquent dans leur lettre la possibilité que l'environnement familial soit à l'origine des lésions traumatiques ou de la carence de soins présentées par l'enfant.

Tous les auteurs français et étrangers (GRISLAIN (35), NEIMANN (59), RABOUILLE (63), STRAUS (74), KEMPE (45), SILVER (64)), sont unanimes à souligner que les médecins répugnent à envisager l'hypothèse de mauvais traitements de la part des parents à l'égard de leurs enfants. La loi du 7 Mai 1971 délie, désormais, le médecin du secret professionnel en matière de mauvais traitements envers des enfants mais il n'est pas certain qu'elle change beaucoup l'attitude de nombreux médecins qui continueront à refuser d'envisager l'hypothèse de sévices ou qui estimeront qu'ils ont une relation positive avec la famille et qu'un signalement à un service social ou à la police, équivaudrait à mettre un terme à cette relation.

IV- LESIONS CLINIQUES

1°- Les lésions tégumentaires

L'atteinte des téguments constitue le stigmate le plus fréquent et le plus apparent de sévices (GIL (31), NEIMANN (59), RABOUILLE (63), NSPCC (67).).

a- Ecchymoses et hématomes sont constatés chez 59 enfants (54 %). Leur répartition corporelle est la suivante :

SIEGE	Nbre d'Enfants
Face	48
Cuir chevelu	13
Tronc	32
Membres supérieurs	27
Membres inférieurs	28

Les ecchymoses des membres inférieurs sont banales chez l'enfant à l'âge de la marche et n'ont donc qu'une valeur diagnostique très relative. Bien plus significatives sont les ecchymoses multiples sur le tronc, les lombes ou le visage.

Observation n°2

Karim M.., âgé de 2 ans I/2, est hospitalisé pour un bilan hématologique en raison de placards ecchymotiques sur les deux joues, sur la face antérieure du thorax, au niveau des gouttières vertébrales et sur les jambes. Le bilan hématologique étant normal, l'enfant est rendu à sa famille.

Il est à nouveau hospitalisé une semaine plus tard dans un autre hôpital, porteur d'ecchymoses disséminées sur tout le corps: front, cou, thorax, bras. Une ecchymose particulièrement importante s'étend de la fesse à la région inguinale. Ce n'est que lors de cette deuxième hospitalisation que l'enquête permet d'affirmer qu'il s'agit de coups portés à l'enfant.

Des hématomes parfois volumineux peuvent être associés aux ecchymoses. Ils prédominent dans les régions où le tissu cellulaire sous-cutané est peu abondant, en particulier au niveau du front, du cuir chevelu, des crêtes tibiales et cubitales.

Observation n°3

Claude B.., 2 ans, bel enfant en très bon état général, est hospitalisé pour un très volumineux hématome frontal médian, fluctuant, très douloureux à la palpation, associé à des ecchymoses disséminées sur tout le corps et à une plaie de la marge anale (Photo n°1).

b- Les plaies sont constatées chez 34 enfants (30 %). Les griffures sont quasi constantes (Photo n°2). Dans 14 cas, on peut suspecter, sur le "caractère clinique" de la plaie, l'usage d'instruments tels que : boucle de ceinture (Photo n°3), fouet, martinet. Une plaie curviligne peut correspondre à la boucle métallique d'une ceinture ; un sillon circulaire siégeant à l'extrémité d'un membre témoigne d'une constriction par lien.

Observation n°1

Robert P.., 4 ans, a été découvert par Police Secours véritablement "saucissonné" sur sa chaise. Il présente au niveau du visage des plaies et des hématomes ; au niveau de tout le tronc, des cicatrices linéaires évoquant des coups de lanière ; au niveau des mains un oedème important limité par un profond sillon circulaire à la hauteur des poignets. Ce même aspect est retrouvé au niveau des chevilles (Photo n°4).

On apprend que l'enfant était habituellement ligoté sur une chaise.

Bien entendu, s'il est parfois possible d'imaginer l'instrument utilisé lors des mauvais traitements, l'aspect des plaies n'est pas toujours aussi évocateur d'autant plus que celles-ci sont souvent l'objet d'une surinfection secondaire.

Les plaies siégent en n'importe quel point du corps. Les localisations endo-buccales et génitales (retrouvées dans 10 observations), méritent cependant d'être signalées. Les plaies endo-buccales sont généralement consécutives à l'introduction d'une cuillère ou d'un autre instrument lors d'une tentative brutale d'alimentation chez un enfant anorexique, le diagnostic étiologique n'en est pas toujours évident. Dans 2 observations, une ulcération de la luette et de la voûte du palais, ont primitivement été considérées comme des affections pharyngées.

Il importe de faire photographier, dès l'admission, tout enfant porteur de lésions tégumentaires. En effet, elles s'effacent en quelques jours et rendent impossible une expertise médicale valable sur l'examen clinique retardé de l'enfant.

c- Les brûlures sont constatées chez 18 enfants (16,4%). Elles sont de siège variable :

SIEGE	Nbre d'Enfants
Face	3
Tronc	3
Membres	8
Tronc + Membres	4

Les brûlures par ébouillantement sont celles pour lesquelles il est le plus difficile de faire la part de l'accident banal, d'une négligence grossière ou d'une intention agressive.

Beaucoup plus rares sont les brûlures de caractère manifestement sadiques : brûlures par application d'un fer à repasser chaud ou par application d'un bout de cigarette allumée.

Observation n°4

Jacques B... est hospitalisé pour une perte de connaissance consécutive à une chute. Il est en très mauvais état général, couvert d'ecchymoses et présente au niveau des deux avant-bras, deux plaies parfaitement symétriques.

Il s'agit en fait de brûlures par fer à repasser dont la forme est parfaitement reconnaissable (Photo n°5).

Observation n°5

Christian V.., âgé de 20 mois, est hospitalisé pour la quatrième fois dans un état de dénutrition important avec ecchymoses généralisées. Il présente en outre au niveau de l'aile du nez et à la pointe du menton, deux ulcérations ovalaires cernées par un bourrelet charnu et recouvertes d'une croûte, en rapport avec des brûlures par cigarette.

Photo n° 1

Observation n° 3
Volumineux hématome
frontal fluctuant

Photo n° 2

Observation n° 26
Ecchymose - griffures
disséminées sur le visage

Photo n° 3

Plaies curvilignes
par boucle de ceinture

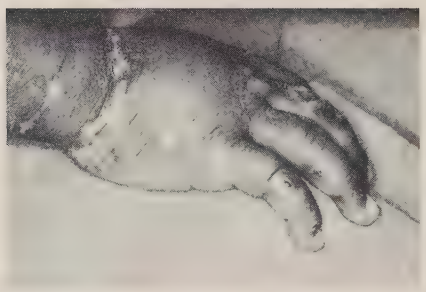


Photo n° 4

Observation n° 1
Sillon en rapport avec
une constriction par lien

Photo n° 5

Observation n° 4
Brûlures par application
d'un fer à repasser

d- Une alopécie du cuir chevelu est retrouvée chez 11 enfants (10 %). Il peut s'agir d'une plaque pseudo-peladique unique ou de plaques multiples qui sont en fait des zones de raréfaction de la chevelure, consécutives à l'arrachement de poignées de cheveux saisis à pleine main.

2°- Les fractures

Les fractures sont, après les atteintes tégumentaires, les lésions les plus fréquemment rencontrées. 50 enfants (45 %) sont porteurs d'une ou de plusieurs fractures, totalisant 176 fractures.

NOMBRE DE FRACTURES	NOMBRE D'ENFANTS	%
1	20	40
2	4	8
3	9	18
4	3	6
5	1	2
6	1	2
7	3	6
8	4	8
9 et +	5	10

Siège des fractures :

SIEGE	NOMBRE DE FRACTURES
Membres supérieurs	27
Membres inférieurs	22
Crâne	17
Côtes	10
Face ou bassin	5

a- Chez l'enfant de moins de 2 ans, la déformation grossière d'un membre est exceptionnelle. On note tout au plus un gonflement, une impotence ou une douleur à la mobilisation. Bien souvent, la latence clinique est totale. C'est pourquoi, il importe de faire faire une radiographie systématique de tout le squelette non seulement chez tout enfant de moins de 2 ans qui présente un signe évocateur de fracture, mais aussi chez tout nourrisson porteur de lésions cutanées suspectes ou même dont l'état général ou les conditions d'environnement font craindre qu'il n'ait été victime de sévices corporels. Cet examen radiologique peut permettre de révéler l'existence d'un syndrome de SILVERMAN.

Syndrome de SILVERMAN

A côté de fractures diaphysaires uniques, banales, avec déplacement, certaines fractures du nourrisson revêtent un aspect radiologique particulier qui s'explique par la structure de l'os en croissance et par les mécanismes que l'on pense être responsables de ces fractures : ce sont les arrachements métaphysaires et les décollements périostés.

Les arrachements métaphysaires (Photo n°6) :

Le périoste, à cet âge, est solidement fixé par ses fibres sur la métaphyse et le cartilage épiphysaire des os longs. Lors de traumatismes indirects par torsion, élongation, broiement, striction forcée d'un membre au niveau des articulations, ces fibres, très solides, ne sont pas déchirées mais arrachent des fragments de métaphyse plus ou moins importants ; d'où les images radiologiques d'arrachement cunéiforme métaphysaire. L'arrachement métaphysaire complet réalise une image très particulière dite en "anse de seau". (Photo n°7).

Les décollements périostés (Photos 8 et 9)

Le périoste étant aussi très richement vascularisé, des fractures diaphysaires non immobilisées donnent lieu à des hémor-

hoto n° 6

Arrachements métaphysaires
de l'extrémité inférieure
des deux os de l'avant-bras

Photo n° 7

Image en anse de seau
de l'extrémité inférieure du tibia

Photo n° 8

Décollement périosté et
ossification sous-périostée de la diaphyse

ragies sous-périostées qui, lors de traumatismes répétés, peuvent prendre un volume considérable. Ces hématomes finissent par se calcifier de dehors en dedans et réalisent un véritable manchon sous-périosté. Il arrive même qu'une torsion de membre puisse donner lieu, sans fracture visible, à la constitution d'un hématome sous-périosté dont la manifestation précoce est un épaississement des parties molles suivi secondairement de l'apparition d'une ossification sous-périostée. De telles images ont pû égarer le diagnostic étiologique en faisant croire, à tort, à des fractures apparues secondairement en cours d'hospitalisation. En dépit du caractère inhabituel des images radiologiques, les diagnostics classiques d'hyperostose corticale infantile, d'ostéomyélite à foyers multiples ou de syphilis congénitale peuvent être, en règle générale, facilement éliminés.

Cet ensemble lésionnel qui comporte des fractures multiples, d'âges différents, le plus souvent négligées, associant à des fractures diaphysaires banales, des arrachements métaphysaires et des hématomes sous-périostés, a été individualisé par le radio-pédiatre américain SILVERMAN qui, pour la première fois, l'a rattaché à son origine traumatique.

Dans notre étude, 14 enfants, tous âgés de moins de 2 ans, présentent un syndrome de SILVERMAN.

Observation n°6

Didier M.. âgé de 4 mois, est hospitalisé pour diarrhée et vomissements, des griffures, des ecchymoses sur le thorax et sur la cuisse gauche qui est par ailleurs tuméfiée. Une radiographie de tout le squelette est demandée.

On découvre : une fracture du tiers supérieur du fémur gauche avec un décollement périosté ; un arrachement métaphysaire de l'extrémité inférieure du fémur gauche ; une fracture de l'extrémité supérieure du tibia gauche avec décollement périosté ; un arrachement métaphysaire complet de l'extrémité inférieure du tibia gauche réalisant l'image dite en "anse de seau" ; deux fractures par écrasement des épiphyses inférieures des deux os de l'avant-bras droit, des cals osseux au niveau des quatrième et cinquième côtes gauches.

Observation n°7

Carole D.., 11 mois, est hospitalisée pour rhinopharyngite. Elle présente un gonflement douloureux de la cuisse gauche.

Les radiographies du squelette montrent : une fracture de l'extrémité inférieure du fémur gauche associée à un volumineux hématome sous-périosté intéressant toute la diaphyse ; une fracture de l'extrémité inférieure du fémur droit ; une fracture de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné droits ; une fracture de l'extrémité supérieure du tibia gauche sans déplacement ; une fracture du radius et du cubitus droits au tiers moyen.

b- Chez le grand enfant, on peut évoquer une brutalité volontaire devant une fracture ancienne négligée mais, le plus souvent, les fractures n'ont aucun caractère spécifique et c'est leur association à d'autres lésions significatives qui permet de soupçonner ou d'affirmer les sévices.

Observation n°8

Luis M..., 3 ans I/2, est adressé à la consultation de chirurgie par le médecin scolaire pour un genu valgum. On constate l'existence d'une plaie frontale, de nombreuses ecchymoses et de cicatrices de brûlures sur les mains, les jambes et les cuisses.

Les radiographies montrent : une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus droit ; une fracture ancienne de l'humérus gauche ; une fracture ancienne du cubitus gauche.

c- Lorsqu'il existe une fracture du crâne, celle-ci peut être associée à un syndrome de SILVERMAN, à un hématome sous-dural ou à d'autres lésions évocatrices de sévices mais elle est parfois isolée et muette cliniquement. Dans ces cas, c'est l'absence de traumatisme invoqué qui fait soulever l'hypothèse, sinon d'une brutalité volontaire, du moins d'une négligence inavouée.

Les fractures siègent le plus souvent sur la voûte, très rarement sur la base du crâne. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une fracture unique mais, dans certains cas, plusieurs traits de fracture réalisent un véritable puzzle (Photo n°10).

Il faut savoir que, lorsqu'on soupçonne une fracture du crâne, en particulier devant un hématome sous-dural, cette dernière peut parfois n'être visible que par une incidence de Worms.

d- Les fractures de côtes peuvent être associées à une détresse respiratoire mais, dans la grande majorité des cas, elles sont muettes cliniquement. On les découvre sur une radiographie systématique du squelette, parfois même lors de l'examen rétrospectif d'un cliché thoracique à la suite de la découverte d'autres lésions traumatiques. Elles sont difficiles à mettre en évidence. Leur diagnostic radiologique nécessite une grosse habitude des clichés thoraciques d'enfants. On peut considérer qu'elles sont pratiquement toujours consécutives à un traumatisme direct et qu'elles peuvent être difficilement imputées à une simple chute.

Observation n°9

Linda D... est hospitalisée à l'âge de 6 semaines pour un accès de cyanose. La radiographie du thorax est normale.

A nouveau hospitalisée à l'âge de 4 mois, en grande détresse respiratoire, l'examen clinique n'apporte rien de particulier. La radiographie du thorax est dite normale.

Enfin, elle est hospitalisée une troisième fois, 15 jours plus tard, en très grande détresse respiratoire avec sensation de crépitation thoracique. La radiographie du thorax montre 18 fractures de côtes dont 5 existaient déjà lors de l'hospitalisation précédente et n'ont été retrouvées que par un examen rétrospectif des clichés antérieurs.

3°- Les lésions neurologiques

31 hématomes sous-duraux ont été observés dont 22 chez des enfants de moins de 1 an.

Ces enfants sont hospitalisés le plus souvent pour des manifestations neurologiques diverses souvent associées.

SYMPTOMATOLOGIE REVELATRICE	Nombre d'Enfants
Bombement de fontanelle	19
Crises convulsives	14
Troubles de la conscience	10
Signes neurolog. en foyer	7

Beaucoup plus rarement, l'enfant est hospitalisé pour une symptomatologie moins évocatrice : vomissements, cyanose, pâleur, apnée.

Deux signes sont évocateurs de l'hématome sous-dural :

- l'augmentation du périmètre crânien qui se traduit à la radiographie par l'élargissement des sutures ;

- la découverte, à l'examen du fond d'oeil, d'hémorragies rétiniennes périvasculaires, en flaques ou en flammèches, parfois associées à un oedème pré-rétinien.

Le diagnostic est confirmé par la ponction des espaces sous-duraux lorsque la fontanelle est encore perméable. Cette ponction ramène une quantité variable de liquide hémorragique non coagulable. Elle permet aussi de préciser l'uni ou la bilatéralité de l'épanchement.

L'E.E.G. pratiqué dans tous les cas, n'a pas d'intérêt diagnostique mais, lorsqu'il est pathologique, il traduit l'existence d'une souffrance cérébrale et la persistance des anomalies électro-encéphalographiques à distance, a une signification pronostique péjorative.

L'hématome sous-dural est, de toute façon, une lésion de traitement long, qui laisse souvent des séquelles définitives, neurologiques, sensorielles ou psychiques.

Observation n°10

Laure D..., 10 mois, est hospitalisée pour coma avec convulsions sans notion de chute ni de traumatisme. Il n'y a pas de lésions cutanées. On soulève le diagnostic d'hématome sous-dural sur l'examen du fond d'oeil qui révèle l'existence d'hémorragies profuses bilatérales.

L'enfant est transférée en neurochirurgie où l'on procède à la cure chirurgicale d'un volumineux hématome sous-dural gauche. Un hématome sous-dural droit, moins important, est asséché par simples ponctions. La radiographie du squelette ne montre aucune lésion. L'enfant gardera une hémiplégie définitive.

Deux mois plus tard, sa soeur jumelle est hospitalisée pour une crise convulsive, On découvre : un hématome sous-dural droit, ponctionné et asséché par ponctions mais ce dernier s'associe à un volumineux hématome pariétal avec fracture du pariétal droit et à un syndrome de Silverman révélé par la radiographie systématique du squelette. Les lésions présentées par l'enfant éclairent sur le caractère de brutalité volontaire à l'origine de l'hématome sous-dural de sa soeur.

Observation n°11

Stéphane R..., 11 mois, est en nourrice de semaine. Il est amené par Police Secours pour une crise convulsive. A l'arrivée, il est obnubilé. Il présente une déviation de la tête et des yeux vers le côté gauche sans asymétrie faciale.

La ponction lombaire révèle une hémorragie méningée ; l'examen du fond d'oeil montre de nombreuses hémorragies rétiniennes des deux côtés et à droite, une grosse flaque hémorragique en avant du pôle postérieur. L'E.E.G. ne montre pas de signes de localisation. Les ponctions sous-durales bilatérales ramènent un liquide hématique.

La radiographie systématique du squelette montre : une fracture pariétale gauche ; une fracture de l'extrémité supérieure des deux humérus avec un gros hématome sous-périosté à gauche ; des arrachements métaphysaires des deux os de l'avant-bras gauche.

4°- Les lésions viscérales

Les lésions viscérales sont relativement rares. 4 de nos enfants ont présenté de telles lésions ayant nécessité une intervention chirurgicale pour deux d'entre eux.

Observation n°12

Sylvia B.., 4 ans I/2, est hospitalisée pour des douleurs tibiales gauches. Elle présente par ailleurs des ecchymoses multiples au niveau du dos, de l'abdomen, des membres supérieurs. La radiographie montre une fracture spiroïde de la diaphyse tibiale et 3 côtes fracturées.

Le lendemain de l'hospitalisation, le diagnostic d'hématome sous-mésocolique, consécutif à une contusion de l'abdomen, est posé et impose une splénectomie.

Observation n°13

Jean-Pierre B.., 3 ans, est hospitalisé pour chute avec perte de connaissance. Le diagnostic d'hématome sous-dural est confirmé. L'enfant présente de nombreuses lésions tégumentaires associées.

8 jours après l'admission, l'enfant présente un syndrome abdominal douloureux et fébrile. A l'intervention, il existe un hémo-péritoine et l'on découvre une petite déchirure hépatique au point d'insertion du ligament rond et un hématome du petit épiploon. Au pied du pédicule, au bord supérieur du duodénum, on met en évidence un petit cratère qui ressemble à une perforation mais ne communique pas avec la lumière digestive et semble creusé dans du tissu pancréatique ; il doit s'agir d'une désinsertion du petit épiploon au niveau de son insertion duodénale.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes mais, trois semaines plus tard, se développe un état occlusif et fébrile nécessitant une réintervention qui met en évidence un pseudo-kyste du pancréas post-traumatique.

Observation n°14

Patrick J.., 5 ans, est hospitalisé en grand collapsus avec un état de dénutrition sévère, couvert d'ecchymoses, d'hématomes de plaies multiples et de brûlures. Un melaena s'extériorise le jour de l'arrivée et dure deux jours, associé à une anémie majeure.

Tout oriente vers une contusion de l'abdomen post-traumatique mais, comme le melaena cesse et qu'il n'existe aucun signe clinique ni radiologique imposant l'intervention, sa signification en reste imprécise.

Observation n°15

Nathalie B.. 19 mois, présente à l'admission un état alarmant. L'examen radiologique révèlera l'existence de 14 fractures: crâne, membres et côtes. Associé aux fractures de côtes, la radiographie du thorax met en évidence un épanchement pleural qui se révèlera être un hémothorax.

5°- Les hypotrophies

50 enfants présentent un retard staturo-pondéral. Ces enfants se situent au-dessous de la deuxième déviation standard en ce qui concerne leur poids et leur taille.

Dix d'entre eux sont d'anciens prématurés. Pour ces enfants, il est difficile de connaître le rôle joué dans l'hypotrophie par le handicap de départ lié à la prématurité ou celui joué par les mauvaises conditions d'environnement. (Photo n°11).

Dans certains cas, la dénutrition est en rapport avec un abandon de l'enfant, un refus volontaire de l'alimenter. Le diagnostic ne pose alors aucun problème et l'on peut considérer cette athrepsie comme la conséquence d'une forme particulière de sévices corporels. L'observation suivante se rattache à ce type de mauvais traitements :

Observation n°16

Irène L.., 20 mois, est hospitalisée dans un état pré-agonique. Elle présente une dénutrition extrême. L'enfant est squelettique avec fonte complète du panicule adipeux. Elle a perdu 50 % du poids de son corps. Elle est restée pendant 8 jours seule dans une chambre, sans aucun apport alimentaire ni hydrique.

Plus troublantes en revanche, sont les observations d'enfants nés à terme, n'ayant aucun handicap physique, aucune maladie particulière et qui sont hospitalisés pour une hypotrophie majeure et isolée. L'absence d'étiologie organique, la reprise spectaculaire du poids sous l'effet d'un régime alimentaire approprié et d'un maternage hospitalier (si imparfait soit-il), pose le problème d'une carence globale de soins et d'alimentation.

Photo n° 11 : Aïcha H.

3 mois 1/2 - poids 2 kgs
Ancien prématuré. Poids naissance 1600 gr
Pesait 2 kg 400 à l'âge de 2 mois
à la sortie du Centre de prématurés

Photo n° 12 : Cécile O.

3 ans
Hypotrophie, rachitisme "historique"
Volumineuse déformation
des membres inférieurs

Observation n°17

Habib L.. 26 mois est hospitalisé pour le bilan étiologique d'une hypotrophie.
Il pèse 5 kg 800, soit-5,5 DS
Il mesure 69,5 cm, soit -6 DS

Cet enfant, né à terme par césarienne, pesait 3 kg 800 à la naissance. L'interrogatoire des parents ne dénote rien d'anormal en ce qui concerne le régime alimentaire en dehors d'une carence d'apport en viandes et en poissons mais on note que l'enfant n'a subi aucune vaccination et qu'il n'a été examiné que deux fois par un médecin depuis sa naissance.

L'examen viscéral est normal mais il y a un très gros retard psycho-moteur : l'enfant ne tient pas encore assis, son niveau de développement est estimé à 10 mois. Par contre, il est souriant, paraît attentif et jargonne de façon expressive.

Le bilan étiologique s'avère entièrement négatif. Sous l'effet d'un régime alimentaire équilibré, l'enfant a pris 1 kg 500 en 1 mois d'hospitalisation.

Résultats de l'enquête sociale :

Le père, Algérien, âgé de 40 ans, est en France depuis 20ans. Il est bien portant, de taille normale, il est cafetier.

La mère, Française, âgée de 29 ans, est obèse : elle pèse 125 kg et mesure 1 m 60. Elle est sans profession. Sur son passé on apprend qu'elle a été élevée à l'Assistance Publique jusqu'à l'âge de 5 ans, puis adoptée.

La fratrie : Habib est le 6ème et dernier enfant. Un de ses frères, âgé de 3 ans, a été hospitalisé pendant sa première année pour une hypotrophie sans étiologie décelable et a aussi repris du poids de façon spectaculaire en cours d'hospitalisation.

Les entretiens avec la mère révèlent qu'il s'agit d'une femme débile, passive, débordée par ses grossesses successives et l'on est amené à conclure à une dénutrition en rapport avec une carence nutritionnelle et affective.

D. RABOUILLE (63) mentionne la fréquence de l'hypotrophie chez les enfants maltraités, soit associée à des sévices corporels, soit isolée. Elle est le plus souvent secondaire à une carence alimentaire, à une carence de soins ou même à une carence affective. Mais, cette même hypotrophie peut être dûe à une simple ignorance ou à une incompétence maternelle sans attitude de rejet à l'égard de l'enfant. Il constate également que ces enfants hypotrophiques bénéficient rarement d'une quelconque surveillance médicale.

H. KEMPE (46) relève que 20 % parmi les hypotrophies de toutes natures hospitalisées dans son service de pédiatrie sont en rapport avec un mauvais maternage (carence alimentaire, carence affective ou même véritable rejet maternel à l'égard de l'enfant). L'hospitalisation constitue pour ces enfants un excellent test thérapeutique. Ils reprennent du poids de façon spectaculaire et leur état général s'améliore rapidement.
Alors que l'hospitalisation entraîne normalement une certaine régression, on note ici, fréquemment, une récupération rapide des acquisitions psycho-motrices chez l'enfant. Le diagnostic est aisé lorsque l'enfant présente en plus de son hypotrophie, des lésions cutanées ou des fractures. Lorsque l'hypotrophie est isolée, on recherchera plus volontiers une cause organique et on pensera rarement à une carence de soins. C'est pourquoi H.KEMPE conseille de faire systématiquement une radiographie du squelette et un examen du Fond d'Oeil en cas d'hypotrophie isolée.

Avant de conclure à un retard staturo-pondéral et psycho-moteur irréversible, sans étiologie précise, H. KEMPE pense qu'il faut toujours faire l'essai d'une séparation du milieu familial. L'hôpital est un lieu privilégié qui permet à la fois d'observer l'enfant et le comportement de la mère face à son enfant. Cette séparation devrait être tentée le plus tôt possible avant que la détérioration de la relation mère-enfant ne soit irréversible et n'aboutisse à un passage à l'acte responsable de lésions traumatiques graves.

Le problème est de savoir reconnaître, au cours des examens de surveillance systématique du nourrisson, les signes prémonitoires d'une mauvaise relation mère-enfant. H. KEMPE insiste sur les "prodromes" qui devraient attirer l'attention du médecin et en particulier sur les mères qui ne cessent de venir consulter, avec un enfant tout à fait normal et bien portant, sous le prétexte de troubles aussi variés qu'imaginaires.

E. ELMER et G. GREEG (24) étudiant 50 enfants hospitalisés pour un syndrome de Silverman, constatent que 50 % étaient hypotrophiques à leur entrée à l'hôpital (poids inférieur au troisième percentile) et que cette hypotrophie a été réversible de façon spectaculaire et définitive dans la moitié des cas.

M.P. VANDERNOOB (79), à propos de 22 observations médico-légales d'enfants décédés des suites de sévices corporels, constate que 33 % d'entre eux présentaient un important retard staturo-pondéral.

Pour tous ces auteurs, l'hypotrophie peut être secondaire à une carence alimentaire mais elle peut aussi être uniquement en rapport avec un trouble de la relation affective mère-enfant, sans diminution de l'apport alimentaire. Au contraire, pour C.F. WHITTEN, M.G. PETTIT et J. FISCHOFF (82), lorsqu'il y a hypotrophie, il y a obligatoirement insuffisance d'apport alimentaire, une simple carence affective ne pouvant jamais entraîner à elle-seule une hypotrophie. Les auteurs ont étudié plusieurs lots d'enfants hypotrophiques, nés à terme avec un poids de naissance normal et ne présentant aucune maladie organique. Ils ont observé la courbe pondérale de ces enfants sous un régime calorique identique, d'abord dans des conditions de carence affective importante, puis dans des conditions de maternage correct. La prise de poids a toujours été la même pour chaque enfant, quelle que soit la qualité de l'environnement, à l'exception cependant de certains enfants atteints d'une anorexie mentale rebelle, secondaire à des tentatives obsessionnelles de gavages de la part de leurs mères.

6°- Les troubles du comportement

Les troubles du comportement sont rarement notés dans les observations cliniques. De plus ils sont inconstants et difficiles à isoler des réactions de détresse et de désarroi communes aux jeunes enfants dans les premiers jours de leur hospitalisation.

Dans certains cas cependant, on est frappé par la physionomie triste et apeurée de l'enfant, par son silence, par son indifférence, par la difficulté à établir un contact avec lui ou par les gestes de défense qu'il esquisse à chaque tentative d'approche.

Parfois, l'attention est attirée par la demande affective de certains enfants qui "s'accrochent" à n'importe quelle personne étrangère et s'en "détachent" tout aussi rapidement. Ceci est d'autant plus significatif qu'il s'agit d'enfants de 1 à 2 ans qui devraient normalement réagir avec défiance ou hostilité devant tout nouveau visage. Le personnel infirmier interprête d'ailleurs souvent mal cette attitude et considère l'enfant comme facile, sociable et affectueux.

Enfin, dans certains cas, une agitation incessante ou des hurlements sans fin, rendent l'enfant difficilement tolérable dans la salle d'hôpital.

Parfois ces troubles du comportement peuvent faire croire à une arriération mentale véritable et seul un examen psychologique attentif, peut tenter de faire la part entre une débilité mentale constitutionnelle, des manifestations de régression affective en rapport avec des séparations et des placements successifs, ou enfin des troubles directement induits par les attitudes de rejet ou d'agressivité parentale.

Sous l'effet d'un nursing approprié, on assiste parfois en cours d'hospitalisation à une transformation spectaculaire du comportement de l'enfant, à son épanouissement affectif et à des progrès rapides sur le plan des acquisitions psychomotrices.

Dans les exemples suivants, ces divers types de comportement ont été relevés dans l'observation clinique :

Observation n°5

Christian V..., 20 mois, est adressé par son médecin pour un abcès de la fesse. En fait, l'enfant est couvert de plaies, d'ecchymoses, de cicatrices de brûlures et on découvre à la radiographie de nombreuses fractures d'âge différent. Il est en très mauvais état général, ne pèse que 7 kg 750.

A l'arrivée, Christian est passif, impassible, ne marche pas, refuse de manger, guette craintivement le moindre geste de l'entourage.

En quelques jours, l'anorexie cède la place à un appétit féroce. L'enfant récupère son retard moteur, devient souriant, joue et se met à marcher. En 1 mois d'hospitalisation, il a pris 2 kg.

Observation n°18

Saïd P.., 20 mois, est hospitalisé pour de multiples lésions cutanées et une hypotrophie importante. L'enfant a vécu 7 placements et hospitalisations successifs depuis sa naissance.
Il n'a été repris par ses parents qu'1 mois seulement avant cette hospitalisation pour ecchymoses généralisées, brûlures et fracture de la machoire.

Saïd est un enfant craintif qui pleure dès qu'il entend parler Arabe et qu'il voit sa mère aux visites. Il détourne alors la tête et ne se calme que lorsque celle-ci s'en va.

L'enquête nous apprend que Saïd était terrorisé chez lui. Il restait plusieurs heures sur son pot et tremblait dès que sa mère approchait. Celle-ci le frappait pour le faire manger et une voisine rapporte l'avoir entendue crier : "tu manges ou je te tue ".

Observation n°19

Thierry G.., 3 ans, est hospitalisé pour des troubles digestifs. Il porte des cicatrices impressionnantes de brûlures au niveau des deux membres inférieurs et la radiographie révèle une fracture ancienne du crâne.

A son arrivée, c'est un enfant agressif et hurlant sans arrêt. Il ne manifeste aucune joie lorsque ses parents viennent le voir et à la suite de cette visite, il reste fortement agité pendant deux jours.

Au bout de quelques jours d'hospitalisation, les infirmières signalent que l'enfant est beaucoup plus facile et ne pleure plus sans raison.

Les études hospitalières françaises (GRISLAIN (35), NEIMANN (58), RABOUILLE (63), STRAUS (74)), insistent sur ces troubles du comportement (apathie, indifférence ou au contraire, aspect craintif et apeuré) qui doivent faire évoquer la possibilité de mauvais traitements. Et, bien que l'hospitalisation soit le plus souvent ressentie comme un abandon et une frustration par un jeune enfant, les auteurs notent fréquemment dans les cas d'enfants maltraités une rétrocession des troubles du comportement et un épanouissement progressif.

GALDSTON (30) fait de ces troubles du comportement, un des éléments importants du diagnostic de mauvais traitements. Il insiste sur la nécessité d'un "maternage" intensif de ces enfants qui, bien souvent, se dérobent au départ, à toute sollicitation. Il n'est d'ailleurs pas impossible de les voir ultérieurement extérioriser soudain leur agressivité, ce qui les rend parfois difficilement supportables pour l'entourage.
Il constate lui aussi, les très importants progrès psycho-moteurs que peuvent réaliser ces enfants à l'hôpital et conclue à un "hospitalisme inversé".

7°- Le rachitisme

7 enfants (6,3 %) ont un rachitisme clinique sévère et 17 enfants (15 %) ont un rachitisme discret, parfois seulement révélé par des radiographies osseuses.

Dans certains cas, le rachitisme est rendu responsable de fractures des membres :

Observation n°20

Cécile O..., 3 ans, est hospitalisée sur la demande de son père car sa mère ne s'en occupe absolument pas.

A l'entrée, l'enfant est hypotrophique (7 kg 500, 70cm), pâle. Elle a un gros retard postural, ne marche pas. (photo n°12)

L'examen révèle un rachitisme majeur : rétrécissement de la partie supérieure du thorax avec un chapelet costal, bourrelets épiphysaires, grosses déformations des poignets et des chevilles. La radiographie du squelette montre des lésions généralisées de rachitisme carentiel avec des fractures des cubitus droit et gauche.

Certes, un rachitisme carentiel peut s'expliquer par de simples erreurs hygiéno-diététiques, voire par une négligence médicale concernant l'administration de la vitamine D. Il faut toutefois considérer qu'un rachitisme ostéoporotique majeur, surtout lorsqu'il est associé à une hypotrophie staturo-pondérale, doit toujours déterminer une enquête sociale attentive. Il constitue souvent le signe indirect mais précieux d'une négligence globale de soins, voire d'un rejet maternel.

8°- L'anémie hypochrome

46 enfants (42 %) ont une anémie hypochrome par carence martiale le plus souvent associée à une hypotrophie ou à un rachitisme.

9°- Les lésions oculaires

Nous devons souligner qu'en dehors des anomalies du fond d'oeil qui coexistaient avec des hématomes sous-duraux, nous n'avons jamais constaté les lésions rétiniennes qui ont été décrites par le Docteur ARON (3). Il semble que ces lésions dystrophiques de la périphérie de la rétine, soient difficiles à mettre en évidence et qu'un examinateur non averti puisse ne pas les remarquer. La pathogénie de ces lésions reste d'ailleurs inexpliquée pour les auteurs qui les ont décrites.

En résumé, les principaux diagnostics positifs retrouvés dans la population étudiée se répartissent comme suit :

DIAGNOSTIC POSITIF	Nbre DE CAS	%
Hématome sous-dural	31	28
Syndrome de Silverman	14	12
Lésions tégumentaires isolées	31	28
Lésions tégumentaires associées à des fractures	11	10
Fractures isolées	14	12
Hypotrophie isolée	11	10

V- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Quel que soit le motif d'entrée évoqué par l'entourage ou la lettre du médecin traitant, les lésions traumatiques sont évidentes dans les 2/3 des cas pour le médecin hospitalier qui reçoit l'enfant à l'arrivée.

D'autres diagnostics médicaux sont donc envisagés dans I/3 des cas :

1°- Des ecchymoses disséminées peuvent simuler une hémopathie, en particulier un purpura thrombopénique, une leucose aiguë.

Une crase sanguine a été demandée chez 22 enfants porteurs d'ecchymoses isolées, elle est toujours normale.

2°- Des lésions tégumentaires surinfectées peuvent prendre le masque d'un impétigo ou d'une pyodermite.

3°- Dans un cas de brûlure, on a évoqué une insensibilité congénitale à la douleur.

4°- Les fractures sont en règle générale faciles à diagnostiquer lorsqu'on songe à faire une radiographie systématique du squelette mais le problème se pose de savoir si elles sont survenues sur un os sain ou sur un os pathologique :

- une fragilité osseuse constitutionnelle (maladie de PORRAK et DURANTE), est un diagnostic classique qui ne se pose guère en pratique ;

- il n'est pas exceptionnel en revanche de voir mettre sur le compte d'un scorbut les hématomes sous-périostés calcifiés du syndrome de Silverman (ce fut le cas de deux de nos observations).

Observation n°21

Christine J..., 4 mois I/2, hospitalisée pour diarrhée, présente en outre des ecchymoses, une hypotrophie sévère (4 kg 300 à 4 mois) et des stigmates cliniques de rachitisme.

Les radiographies du squelette montrent un rachitisme carentiel mais, de plus, une fracture du fémur gauche avec important déplacement et une fracture ancienne de l'humérus droit. Les clichés ultérieurs révèlent un hématome sous-périosté en voie de calcification occupant toute la diaphyse fémorale et des appositions périostées au niveau des tibias, des péronés, des radius et des cubitus.

L'enfant qui pesait à l'entrée 4 kg 300, prend 1 kg 500 en 6 semaines de séjour hospitalier.

Le compte-rendu radiologique de cette observation conclut malgré le jeune âge de l'enfant, à un scorbut associé au rachitisme.

On peut dire schématiquement que les lésions scorbutiques de ce type sont absolument exceptionnelles, voire inexistantes dans nos contrées et que tout hématome sous-périosté doit être suspecté d'être d'origine traumatique.

Reste le problème des fractures rachitiques qui se pose d'autant plus volontiers que nombre de nos enfants sont des rachitiques. Les fractures rachitiques sont toujours d'origine traumatique, seule l'importance du traumatisme déclenchant est ici en cause. On ne peut parler de fractures secondaires à des micro-traumatismes insignifiants pouvant passer inaperçus que lorsqu'il existe une ostéoporose majeure. Ces fractures sont en général symétriques, le plus souvent diaphysaires, siégeant au niveau du trou nourricier de l'os, surtout si elles sont sans déplacement et ne s'accompagnent pas d'hématomes sous-périostés.

5°- Les hématomes sous-duraux, lorsqu'ils sont associés à une fracture du crâne, à un syndrome de Silverman ou à des lésions tégumentaires suspectes, ne posent pas de problème quant à leur origine traumatique. Leur pathogénie est la même que celle des hématomes sous-cutanés. Ce fut le cas de 16 de nos observations.

Il reste le problème des hématomes sous-duraux isolés qui ont été observés dans 15 cas :

- dans 5 cas, les conditions de survenue de l'hématome et les caractères du milieu sont tels que la présomption des sévices est des plus fortes même si la preuve n'en est pas faite ;

- dans 4 cas, des interrogatoires renouvelés des parents ou de la nourrice ont fini par révéler l'existence d'un traumatisme préalablement nié ou "oublié" ;

- il reste donc 6 cas sans étiologie. Ces hématomes sous-duraux dits "idiopathiques" sont à l'origine de nombreuses discussions. La plupart des auteurs sont maintenant d'accord pour leur attribuer également une origine traumatique.

AICARDI et GOUTTIERE (1), dans une étude récente sur 89 hématomes sous-duraux, ont montré que les rares hématomes sous-duraux d'étiologie médicale, secondaires à une méningite, à une deshydratation ou à une encéphalopathie, ont des caractères cliniques bien particuliers : ce sont des hydromes le plus souvent unilatéraux, faits d'un liquide xanthochromique. Leur abondance est moyenne ou minime, le fond d'oeil n'est pratiquement jamais hémorragique, la ponction lombaire est normale.

En revanche, les hématomes sous-duraux dits "idiopathiques" ont en commun avec les hématomes sous-duraux secondaires à un traumatisme, toute une série de caractères : l'épanchement est franchement hémorragique, fréquemment bilatéral, ne coagule pas, il est abondant et récidivant ; le fond d'oeil est toujours pathologique ; la ponction lombaire est souvent hémorragique.

Les auteurs n'abordent pas le problème étiologique mais il semble que ces hématomes sous-duraux idiopathiques sont, eux aussi, vraisemblablement traumatiques et, lorsqu'aucun traumatisme n'est retrouvé à l'interrogatoire, on peut suspecter sinon des mauvais traitements, du moins un accident passé inaperçu ou une négligence inavouée.

6°- Les hypotrophies staturo-pondérales posent toujours un problème médical lorsqu'elles ne s'associent à aucune lésion traumatique. Les diagnostics les plus couramment envisagés sont : une maladie coeliaque, une éventuelle néphropathie, une mucoviscidose.

La négativité des bilans biologiques et radiologiques effectués, jointe à la reprise de poids souvent spectaculaire sous l'effet d'un régime normal, viennent éliminer toute origine organique à cette hypotrophie et obligent à conclure à une carence de soins.

VI- TRAITEMENT

Dans la plupart des observations, aucun traitement particulier n'a été nécessaire. Dès la séparation de l'enfant d'avec son environnement familial, les lésions régressent sans rechute : les ecchymoses disparaissent en quelques jours, les plaies cicatrisent vite, la reprise pondérale est souvent spectaculaire. Tout ceci justifie que des photos soient faites en début d'hospitalisation car il devient impossible de faire un bilan rétrospectif et une expertise médico-légale au bout de quelques jours.

Certaines lésions cependant ont nécessité un traitement approprié :

1°- Un traitement orthopédique a été nécessaire pour 21 enfants (23 %) :

- réduction orthopédique de fractures ;
- immobilisation plâtrée de fractures sans déplacement ;
- immobilisation plâtrée de certaines brûlures.

Deux enfants ont dû subir une intervention chirurgicale viscérale à la suite de contusions abdominales (cf exemples précités).

2°- Un traitement médical intensif a été nécessaire dans 15 cas :

- chez 10 enfants admis à l'hôpital dans un état de dénutrition sévère,
- chez 5 enfants polytraumatisés ou brûlés.

3°- Le traitement des hématomes sous-duraux

14 hématomes sous-duraux ont été asséchés uniquement par des ponctions sous-durales répétées, très rapprochées au début puis de plus en plus espacées au fur et à mesure de l'assèchement de l'hématome ;

17 hématomes sous-duraux ont été traités par une intervention neuro-chirurgicale. Pour 6 d'entre eux, l'indication opératoire a été portée d'emblée en raison des localisations et de l'altération progressive de la conscience. Les 11 autres correspondent à l'échec du traitement par simples ponctions.

VII- SEQUELLES

Nous n'avons pu étudier que les séquelles constatées lors de la sortie de l'enfant ou avec un peu plus de recul chez certains d'entre eux, revus ultérieurement en consultation.

Cela ne concerne que 106 enfants puisque 4 enfants ayant un hématome sous-dural sont décédés au cours de l'hospitalisation. 24 enfants (22 %) gardent des séquelles secondaires aux mauvais traitements dont ils ont été victimes. Ces séquelles ne sont pas toutes d'égale importance et méritent d'être distinguées:

1°- Les séquelles neurologiques sont de très loin les plus graves et celles qui rendent le pronostic à long terme plus réservé. Elles sont toujours secondaires à un hématome sous-dural.

9 enfants parmi les 31 hospitalisés pour un hématome sous-dural ont d'importantes séquelles neurologiques :

Observation n°30

Thierry L.., 8 mois, est hospitalisé pour un hématome sous-dural et un rachitisme important. L'hématome est asséché par de nombreuses ponctions évacuatrices mais, 1 mois plus tard, l'enfant est réhospitalisé pour reprise du saignement nécessitant une intervention neuro-chirurgicale. Au cours de l'intervention, on notait une importante atrophie corticale.

Observation n°10

Laure D... est hospitalisée à l'âge de 10 mois pour un hématome sous-dural qui est asséché par de simples ponctions. Il persiste cependant une hémiplégie spasmodique, d'importantes altérations de l'hémisphère gauche à l'E.E.G. et une encéphalopathie gazeuse met en évidence une dilatation du système ventriculaire.

Observation n°23

Fabienne M..., 3 ans, est hospitalisée pour un hématome sous-dural. Après une phase de coma, l'enfant reste hémiplégique avec un gros retard psycho-moteur.

Des troubles oculaires : cécité uni ou bilatérale par décollement de la rétine ou atteinte corticale ; strabisme uni ou bilatéral, peuvent être associés à ces séquelles neurologiques :

Observation n°11

Stéphane R... est hospitalisé à l'âge de 9 mois pour hématome sous-dural avec fracture du crâne et syndrome de Silverman. A la sortie, il persiste un gros retard psycho-moteur et une cécité de l'oeil droit avec des lésions d'atrophie optique au fond d'oeil.

Observation n°31

Karima A.. est hospitalisée à l'âge de 11 mois pour hématome sous-dural et syndrome de Silverman. Après assèchement par ponctions, un gros retard psycho-moteur persiste. 6 ans plus tard l'enfant est hospitalisée pour un décollement de la rétine entraînant une cécité complète.

2°- Les séquelles fonctionnelles et esthétiques : cicatrices rétractiles, amputations secondaires à des brûlures, limitation articulaire, raccourcissement secondaire à des fractures ont été constatées chez 7 enfants :

Observation n°32

Frédéric ..., 2 ans I/2, est hospitalisé pour brûlure des deux membres inférieurs. Une amputation du I/3 inférieur des deux jambes a été nécessaire.

Observation n°15

Nathalie B.., est hospitalisée à l'âge de 19 mois pour un syndrome de Silverman associant une fracture du crâne et des fractures multiples des membres dont une fracture ouverte du coude gauche qui entraînera une impotence fonctionnelle persistante du bras gauche.

Sur les 14 syndromes de Silverman que nous avons étudiés, 2 seulement ont gardé des séquelles fonctionnelles (raccourcissement d'un membre, limitation articulaire), ce qui parait peu en regard de l'importance des lésions de départ. MAROTEAUX (53) considère aussi que le pronostic des atteintes osseuses est habituellement favorable. Il insiste cependant sur la possibilité de coxa vara ou même de dysplasie grave de la hanche en cas d'atteinte de l'extrémité supérieure du fémur et de séquelle esthétique en cas de lyse de la cloison nasale.

3°- Les séquelles psycho-motrices et staturo-pondérales : nous pouvons considérer que 8 enfants, qui, lors de l'hospitalisation avaient un gros retard psycho-moteur et staturo-pondéral, gardent encore un retard notable malgré une récupération souvent spectaculaire au cours de l'hospitalisation.

4°- Le retentissement psycho-affectif est un problème majeur qui détermine toute la gravité du pronostic. L'étude des conséquences des sévices corporels sur le développement psycho-affectif

de l'enfant est irréalisable dans le cadre de l'hospitalisation ; un bilan psychologique à la sortie est tout à fait insuffisant et, même quand on assiste à une transformation spectaculaire du comportement de l'enfant, on ne peut en rien prévoir son devenir à long terme.

En plus de leur insertion scolaire, professionnelle et sociale, il serait intéressant de pouvoir connaître la qualité des relations que ces sujets, devenus parents, entretiendront à leur tour avec leurs propres enfants.

A priori, il apparaît cependant indiscutable qu'il n'existe aucun parallèlisme entre la gravité des lésions cliniques et les perturbations psycho-affectives.

Peu de travaux ont été faits jusqu'à présent sur les séquelles et le devenir des jeunes enfants victimes de mauvais traitements. E. ELMER (24) a étudié, avec une prospective moyenne de 5 ans, les séquelles physiques et mentales chez 20 enfants ayant eu un syndrome de Silverman. C. MORSE (56) a fait une étude prospective de 3 ans concernant 25 enfants victimes de mauvais traitements. Enfin M. NEIMANN (60) a présenté au XIIIème Congrès International de Pédiatrie de Vienne (1971), les résultats d'un travail portant sur le devenir de 26 enfants maltraités avec un recul moyen de 6 ans I/2.

Le tableau suivant compare l'importance des séquelles physiques et mentales constatées dans ces différents travaux:

Auteurs des Travaux Type de séquelles	E. ELMER	C. MORSE	M. NEIMANN
Hypotrophie	25 %	52 %	38 %
Séquelles de lésions traumatiques	35 %		22 %
QI inférieur à 80	55 %	43 %	58 %
Troubles du comportement	40 %	57 %	66 %

E. ELMER étudie certaines de ces séquelles en les classant selon l'existence ou l'absence d'antécédents pathologiques chez les enfants au moment des mauvais traitements :

TYPE DE SEQUELLES	Enfants nés à terme sans antéc. pathologiques notables : 11 enfants	Enfants nés prématurément ou ayant des antéc. pathol. notables: 9 enfants
Hypotrophie	18 %	33 %
Troubles du langage	54 %	100 %
Troubles émotionnels	27 %	55 %
QI inférieur à 80	36 %	66 %

E. ELMER conclut que certains types de séquelles : l'hypotrophie et les troubles mentaux, sont plus fréquents chez les enfants ayant des antécédents pathologiques, en particulier la prématurité.

De plus, les troubles psychiques et le retard mental sont fonction, non seulement des conditions de vie de

l'enfant avant les mauvais traitements, mais aussi de la façon dont il est entouré et stimulé par la suite. Les séquelles sont donc aussi, en partie, fonction de la qualité du milieu qui accueillera l'enfant.

E. ELMER et C. MORSE pensent que la solution la plus souhaitable est sûrement le maintien de l'enfant dans son milieu familial à condition que la situation ne se soit pas trop dégradée et à condition qu'un travailleur social soit accepté par la famille et qu'il obtienne sa coopération.

Un dépistage précoce des mauvais traitements avant que l'enfant ne soit trop sévèrement atteint et ne soit plus toléré par son entourage familial, peut laisser espérer une diminution de l'importance des séquelles.

VIII- MORTALITE

4 des enfants hospitalisés sont décédés secondairement des sévices. Il s'agissait toujours d'un hématome sous-dural.

Observation n°33

Michel A..., 7 mois, en nourrice depuis 1 mois, est hospitalisé pour une crise convulsive avec perte de connaissance sans notion de traumatisme crânien.

Les radiographies du squelette montrent des fractures des 2 os de l'avant bras droit, du cubitus gauche, du péroné gauche. Le Fond d'Oeil montre des hémorragies multiples et importantes. Les ponctions sous-durales ramènent un liquide hémorragique confirmant le diagnostic d'hématome sous-dural bilatéral. La répétition des ponctions ne permet pas d'assécher cet hématome et l'enfant est transféré en neuro-chirurgie pour y être opéré.

Malgré cette intervention, l'évolution est fatale.

Il n'y a pas eu d'enquête sociale, ni d'enquête judiciaire (cette observation date de 1960).

Observation n°34

Didier B..., 12 mois, vient de changer de nourrice depuis deux jours. Celle-ci alerte Police Secours en déclarant qu'elle vient de trouver l'enfant au cours de la matinée, inerte sur le sol. Au moment de l'admission, elle se dérobe à l'interrogatoire en partant sans même donner le nom de l'enfant.

Celui-ci présente un coma vigil avec des troubles respiratoires, il est couvert d'ecchymoses frontales, jugales et fessières. On diagnostique un hématome sous-dural et une hémorragie méningée. Il est transféré en service de neuro-chirurgie où il décède avant toute intervention.

Il n'y a pas eu d'enquête sociale, ni d'enquête judiciaire (cette observation date de 1966).

Observation n°35

Conception V..., 6 ans, est hospitalisée pour coma profond. Elle est couverte d'ecchymoses sur tout le corps, porte des traces de brûlures récentes sur le visage, les aisselles, le pubis et les fesses. L'enfant décède très rapidement.

L'autopsie révèle un hématome sous-dural.

Selon les déclarations des parents, Conception aurait présenté un retard psycho-moteur. Elle aurait fait une chute dans l'escalier les jours précédents. Le matin même de l'hospitalisation, elle aurait renversé sur elle son café au lait et ses parents l'auraient "grondée".

L'existence de Conception était ignorée du voisinage car l'enfant n'était jamais sortie. Cependant, on apprend que la mère avait confié l'enfant et ses frères et soeurs pendant quelques mois à sa famille en Espagne pour les soustraire aux violences de leur père.

Une enquête judiciaire a été faite.

Observation n°36

Dalila M..., 2 ans I/2 est hospitalisée après une chute dans l'escalier qui a été suivie d'une crise convulsive et d'une perte de connaissance.

A l'arrivée, l'enfant est couverte d'ecchymoses sur la face, les épaules et les cuisses. Les examens complémentaires permettent de diagnostiquer un hématome sous-dural. L'enfant est transférée en service de neuro-chirurgie où elle décède après l'intervention.

L'enquête judiciaire ne permet d'apporter aucune explication concernant l'accident survenu chez Dalila mais révèle des conditions sociales très mauvaises, des antécédents judiciaires chargés chez le père et déjà la suspicion de mauvais traitements chez d'autres membres de la fratrie.

Le taux de mortalité dans les 110 observations est donc de 3 %. L'enquête hospitalière faite à Nancy par M. NEIMANN et D. RABOUILLE (59) a trouvé un taux de mortalité semblable : 3,8 %, tous les décès étant également secondaires à un hématome sous-dural.

L'étude anglaise de la NSPCC (67) portant sur 78 cas signalés, trouve un taux de décès de 1,5 %.

L'enquête nationale de GIL (31) estime à 3,4 % le taux de mortalité des enfants victimes de sévices.

H. KEMPE et Coll. (45), à propos de 302 enfants maltraités ayant été hospitalisés au cours de l'année 1962, constatent 10,9 % de décès.

Ces mêmes auteurs indiquent que 10 % des jeunes enfants victimes de sévices et rendus à leurs parents sans surveillance et sans précaution, décèdent dans l'année qui suit leur première hospitalisation.

IX- DUREE D'HOSPITALISATION

Etude de la durée d'hospitalisation des 110 enfants de notre enquête :

Durée d'hospitalisation	Nbre de cas	%
- de 1 mois	42	35,3
1 à 2 mois	24	23
2 à 6 mois	17	16
+ de 6 mois	27	25,7

66 % des hospitalisations ont donc duré plus de 1 mois et 25 % plus de 6 mois.

Nous avons comparé cette durée d'hospitalisation à la durée habituelle des hospitalisations rapportée par les deux enquêtes de 1960 et 1970 faites à l'hôpital Bretonneau :

Année	Durée d'hospitalisation	Nbre de cas en %
1960	- de 1 mois	84,9
	+ de 1 mois	15,1
1970	- de 1 mois	95,9
	+ de 1 mois	4,1

La durée des hospitalisations des enfants de notre enquête est donc significativement plus longue que celle de l'ensemble de la population hospitalière aussi bien en 1960 qu'en 1970.

La longueur de l'hospitalisation peut être justifiée pour des raisons médicales. C'est le cas par exemple des enfants porteurs d'hématomes sous-duraux. Souvent, ce sont des raisons sociales qui justifient la prolongation du séjour de l'enfant à l'hôpital. Cette prolongation est nécessaire pour que les services sociaux puissent effectuer une enquête sur l'environnement de l'enfant.

Dans les cas les plus graves, les enfants sont directement consignés à l'hôpital par décision de justice. Les parents ne peuvent les reprendre, même après leur guérison clinique et la durée d'hospitalisation se prolonge souvent jusqu'à ce que la décision du juge des enfants permette de savoir à qui l'enfant doit être confié à la sortie de l'hôpital. Actuellement, la tendance est de confier ces enfants à l'Aide Sociale à l'Enfance en attendant la décision du juge pour raccourcir une hospitalisation inutile et coûteuse.

X- RECIDIVES

Ce travail, faute d'étude prospective, n'a pas permis d'étudier le devenir de ces enfants et en particulier le problème des récidives. Par contre, l'hospitalisation qui a motivé l'inclusion de ces enfants dans notre travail est dans certains cas, elle-même la conséquence de récidives.

Certains enfants ont déjà été hospitalisés avec le diagnostic de mauvais traitements :

Nbre d'hospitalisations antérieures	Nbre d'enfants
1	7
2	1

Pour d'autres, le diagnostic de mauvais traitements des hospitalisations antérieures n'a pû être porté qu'à la lumière de l'hospitalisation actuelle :

Nbre d'hospitalisations antérieures	Nbre d'enfants
1	11
2	2

Au total, 21 des 110 enfants (19 %) avaient déjà été l'objet d'une si ce n'est de deux récidives lorsque nous les avons inclus dans notre travail. Ce taux de 19 % est très faible par rapport à ceux retrouvés dans les études étrangères sur le passé ou le devenir des enfants maltraités.

Pour GIL (31) et EBBIN (23), il y a 50 à 60 % des enfants pour lesquels l'hospitalisation lors de l'enquête est une récidive. Pour B. CURRIE (16) et dans l'enquête de la NSPCC (67), il y a 50 à 60 % de récidives après l'hospitalisation qui les a inclus dans cette étude.

B- ANTECEDENTS MEDICO-SOCIAUX

Aucun antécédent pathologique n'a été retrouvé de façon significative dans les observations, en particulier pas de malformations congénitales, de malformations acquises, de maladies ayant pû laisser des séquelles psycho-motrices, ni de maladies chroniques.

Deux antécédents par contre, ont été fréquemment retrouvés :
- la prématurité et la gémellité ;
- les séparations traumatisantes qu'ont pû connaître les enfants depuis leur naissance : hospitalisations et placements.

I- PREMATURITE - GEMELLITE

1°- La prématurité

Dans 30 observations, il n'a pas été possible de savoir si les enfants étaient nés à terme ou prématurément.

Dans 80 observations, le terme a pu être connu : 15 enfants, soit 18 % sont nés prématurément, 7 enfants pesaient entre 1200 et 2000 g ; 8 enfants pesaient entre 2000 et 2500 g. Ce taux de 18 % est important lorsqu'on le compare au taux de prématurité dans la population générale estimé actuellement, en France, à 10 %.

a- Nous avons relevé certaines données concernant le développement staturo-pondéral et psycho-moteur ainsi que les conditions d'environnement de ces 15 enfants nés prématurément.

- Lors de leur hospitalisation, 10 enfants étaient restés très hypotrophiques, 1 seul avait un développement staturo-pondéral normal. (Pour les 4 autres, nous ne possédons aucun renseignement sur leur poids et taille au moment de l'hospitalisation).

- Pour 5 enfants, il est noté un important retard des acquisitions psycho-motrices. Pour 4 autres, il existe un retard des acquisitions psychomotrices associé à des troubles du comportement : agitation, instabilité, agressivité, énurésie.

La plupart du temps, il n'est pas facile de savoir quelle est la part du retard psychomoteur et des troubles du comportement qui peut être attribuée à la prématurité et dans quelle mesure ceux-ci ont été majorés par les conditions de l'environnement.

- Dans 10 observations, on note une forte proportion d'instabilité conjugale, d'éthylisme paternel ou maternel, de chômage et des conditions de logement très insuffisantes.

- Pour 11 enfants, la prématurité a été responsable d'une séparation prolongée d'avec la mère. Elle est en moyenne de 4mois s'échelonnant entre 15 jours et 10 mois. Les modalités de cette séparation peuvent se schématiser de la façon suivante : l'enfant reste tout d'abord en centre de prématurés pour des raisons médicales, puis ce séjour est très souvent suivi d'un séjour en pouponnière dont la durée peut dépasser largement le temps prévu lors de l'admission de l'enfant. Au cours de ce séjour en pouponnière, il est fréquemment mentionné un désintérêt de la part des parents, la rareté des visites et les difficultés à obtenir qu'ils reprennent l'enfant à la date prévue.

b- La pathologie en rapport avec les sévices chez ces anciens prématurés se répartit comme suit :

- syndrome de Silverman + lésions cutanées : 5 enfants
- hématome sous-dural isolé..... : 2 enfants
- hématome sous-dural + syndrome Silverman : 2 enfants
- hématome sous-dural + lésions viscérales : 1 enfant
- lésions cutanées isolées..... : 3 enfants
- hypotrophie isolée..... : 2 enfants

c- L'importance de la prématurité parmi les enfants victimes de mauvais traitements, a fait l'objet de nombreuses études.

- L'enquête anglaise de la NSPCC (67) constate 13 % d'anciens prématurés alors que le taux de la prématurité en Angleterre n'est que de 6,5 %. Il est précisé par ailleurs que, tous ces enfants ont connu à cause de leur prématurité une séparation précoce et prolongée d'avec leur mère.

- L. SILVER et DUBLIN (65) dans une enquête portant sur 34 enfants maltraités, constatent deux fois plus d'anciens prématurés que dans la population générale.

- H. KEMPE (37) insiste sur l'incidence de la prématurité et, à propos de l'étude de 24 enfants décédés des suites de carences de soins graves, il constate que 34 % étaient d'anciens prématurés ayant tous été séparés de leur mère pour une période allant de 2 à 6 semaines.

- E. ELMER et E. GREEG (24), au cours d'une enquête rétrospective portant sur 20 enfants hospitalisés pour un syndrome de Silverman, constatent 30 % d'anciens prématurés pesant à la naissance entre 1600 et 2300 g.

Les auteurs ont distingué les enfants issus de familles blanches américaines et ceux issus de familles de noirs américains afin de les comparer au taux de la prématurité dans ces deux types de population. Parmi les enfants blancs, il y a 38 % d'anciens prématurés alors que le taux de prématurité est de 7 % dans la population blanche. Au contraire, parmi les enfants noirs il n'y a que 14 % d'anciens prématurés ce qui reflète le taux habituel de prématurité dans cette population estimé à 16 %.
Les auteurs pensent que la prématurité serait mieux tolérée dans les familles noires où il existe un support de la part de la famille élargie.

- Enfin, KLEIN et STERN (48) ont consacré un travail à l'étude de l'incidence de la prématurité chez les enfants victimes de sévices. Dans une population de 51 enfants maltraités, ils constatent 23,5 % (12 enfants) d'anciens prématurés pour un taux de 7 à 8 % dans la population générale. Les auteurs donnent certaines informations complémentaires en ce qui concerne ces 12 enfants :

. 9 d'entre eux ont connu une séparation prolongée d'avec leur milieu familial d'une durée moyenne de 41,4 jours ;

. 6 présentaient un retard psychomoteur antérieur aux sévices ;

.10 étaient issus de milieux défavorisés dans lesquels la mère avait elle-même souffert de carences multiples pendant son enfance ;

. enfin, au moment de la naissance de ces enfants, on retrouve une forte proportion d'alcoolisme, de chômage, de pauvreté et de mauvaise insertion sociale.

2°- La gémellité

On retrouve dans notre étude 5 grossesses gémellaires correspondant à 6 enfants (dans une observation les deux jumeaux ont été hospitalisés à la suite de sévices).

Ce taux de gémellité de 4,5 % est, là encore, très largement supérieur au taux moyen de gémellité de la population générale qui est de 1,2 %.

Bien que nous n'ayons pas de référence quant au taux de la prématurité et de la gémellité dans la population hospitalière qui, pour différentes raisons (morbidité plus fréquente, difficulté d'élevage) doit probablement être supérieur à celui de la population générale, l'importance de ces facteurs nous paraît significative mais une mise au point s'impose dans leur interprétation :

La prématurité est plus fréquente dans les milieux socio-économiquement défavorisés (52). Les familles concernées par

notre étude appartenant en majorité à de tels milieux, il n'est pas très étonnant que la proportion d'anciens prématurés soit plus importante que dans la population générale.

Par ailleurs, la prématurité a longtemps été mise en avant pour justifier les fractures du syndrome de Silverman par une fragilité osseuse particulière des enfants qui les rendrait vulnérables à de simples maladresses de manipulation. Si ce facteur de fragilité osseuse joue un rôle incontestable dans certaines de nos observations, il ne nous semble pas prépondérant.

Par contre, il apparaît dans presque toutes les observations qu'il existe des problèmes relationnels majeurs entre la mère et l'enfant, où interviennent, à des titres divers, un sentiment d'échec et de culpabilité pour ne pas avoir réussi à mener à terme une grossesse et pour avoir donné naissance à un enfant immature dont elle ne peut pas s'occuper elle-même mais qu'il faut élever en centre spécialisé pendant plusieurs semaines. Cette séparation, dûe au séjour en couveuse, souvent prolongée par un séjour en pouponnière, rend très difficile le retour de l'enfant dans son foyer, la mère n'ayant pu établir dès le départ, des relations affectives normales unissant une mère à son enfant nouveau-né.

Il reste que ces anciens prématurés présentent fréquemment un retard des acquisitions motrices, des troubles du comportement (agitation, cris, anorexie) qui rendent leur élevage parfois très difficile. Lorsqu'aux facteurs psychologiques s'ajoutent les difficultés d'élevage et les problèmes socio-économiques, on peut voir se développer de graves troubles de la relation des parents et en particulier de la mère vis à vis de l'enfant allant du désintérêt à l'hostilité franche.

II- HOSPITALISATIONS ET PLACEMENTS ANTERIEURS AUX MAUVAIS TRAITEMENTS

1°- Données générales

Nous avons pu connaître ces diverses situations pour 98 enfants :

- 20 enfants seulement ont été exclusivement élevés au foyer parental depuis leur naissance.

- 78 enfants ont été, soit hospitalisés, soit placés dans un établissement médical ou social, dans un foyer nourricier une ou plusieurs fois et pour une durée variable, antérieurement à la détection des sévices.

a- Fréquence des séparations d'avec le milieu familial :

Nbre de séparations	Nbre d'enfants (98)	%
0	20	20,4
1	23	23,6
2	22	22,4
3 et plus	33	33,6

b- Fréquence des séparations en fonction de l'âge des enfants :

0 à 6 mois		6 mois à 1 an	
Nbre de séparations	%	Nbre de séparations	%
0	34	0	33
1	22	1	18
2	44	2	18
3 et plus	0	3 et plus	31

1 an à 2 ans		2 ans à 6 ans	
Nbre de séparations	%	Nbre de séparations	%
0	25	0	15
1	25	1	8
2	25	2	20
3 et plus	25	3 et plus	57

Il n'y a donc que 34 % des enfants de moins de 6mois qui n'ont subi aucune séparation d'avec leur milieu familial. Ce pourcentage diminue progressivement avec les tranches d'âge pour n'être plus que de 15 % lorsqu'il s'agit d'enfants de 2 à 6 ans.

c- Divers types de séparation

TYPES DE SEPARATION		Nbre d'ENFANTS
Hospitalisations	Hôpital	37
	Centre de Prématurés	7
Placements médicaux ou sociaux	Etablissement sanitaire	7
	Pouponnière	14
	Dépôt	7
	Placement nourricier	62

Il est à noter qu'un même enfant a pu subir plusieurs types de séparation.

d- Divers types de séparation vécue par les enfants de migrants par rapport aux enfants français :

Parmi les 78 enfants qui ont été séparés une ou plusieurs fois de leur milieu familial, 40 sont issus de familles migrantes, 38 sont issus de familles françaises.

TYPES DE SEPARATION		Nbre enf. migrants	Nbre enf. français	TOTAL
Hospitalisations	Hôpital	22	15	37
	Centre de prématurés	5	2	7
Placements médicaux ou sociaux	Etablissement sanitaire	4	3	7
	Pouponnière	12	2	14
	Dépôt	6	1	7
	Placement nourricier A.S.E.	10	1	11
	Placement nourricier libre	20	31	51

De cette étude comparative, il ressort que les familles migrantes ont bien plus souvent recours aux placements institutionnels que les familles françaises. En fait, cela ne doit pas être considéré comme une caractéristique propre à la population que nous étudions. Elle n'est que le reflet de la prépondérance de la population migrante en général à utiliser des placements institutionnels.

2°- Les hospitalisations

37 (37,7 %) parmi les 98 enfants, ont été hospitalisés une ou plusieurs fois avant l'hospitalisation qui les a fait inclure dans notre enquête.

Ce pourcentage d'enfants ayant déjà été hospitalisés est considérable. Il n'a cependant pas de valeur significative lorsqu'on le compare au taux de réhospitalisations dans l'ensemble de la population hospitalière infantile :

- en 1960 (*) : 36,8 % des enfants de 0 à 6 ans, hospitalisés à l'hôpital Bretonneau avaient déjà été hospitalisés au moins une fois ;
- en 1970 (**) : 46,5 % des enfants hospitalisés de 0 à 15ans, avaient déjà été hospitalisés au moins une fois.

(*) Enquête du Docteur STRAUS : "L'hospitalisation des Enfants" Monographie n°23, I.N.H.

(**) Enquête du Docteur AIRIAU (Travail non publié)

Ce taux légèrement plus élevé en 1970 correspond en fait que cette deuxième enquête concernait tous les enfants hospitalisés de 0 à 15 ans, les deux autres études ne concernant que les enfants de 0 à 6 ans.

L'étude de la NSPCC (67) insiste sur la fréquence des hospitalisations antérieures pour des "blessures accidentelles" Dans leurs 78 observations, 41 % des enfants avaient été hospitalisés une ou plusieurs fois pour des lésions traumatiques dites accidentelles et qui n'avaient fait l'objet d'aucune enquête particulière.

3°- Les placements médicaux ou sociaux

Quel que soit leur caractère médical ou social, on peut schématiquement distinguer deux types de placement :
- les placements nourriciers ;
- les placements institutionnels.

a- Les placements nourriciers

62 enfants ont bénéficié de ce type de placement. Pour 54 d'entre eux, il s'agissait d'une séparation complète : l'enfant vivait totalement dans sa famille nourricière et pouvait éventuellement recevoir des visites de ses parents. Pour 3 enfants, il s'agissait d'un gardiennage à la semaine : l'enfant retournait dans sa famille en fin de semaine. Pour 5 enfants, il s'agissait d'un gardiennage à la journée.

Les placements nourriciers peuvent être choisis spontanément par les familles pour des raisons sociales : exiguité du logement, travail de la mère, maladie du père ou de la mère, etc... Mais ils peuvent aussi être proposés par le médecin ou le travailleur social pour des raisons médico-sociales.

Mais, les placements nourriciers peuvent aussi dépendre de l'Aide Sociale à l'Enfance. Ils peuvent être demandés par les parents lorsque ceux-ci ne peuvent matériellement élever leur enfant. Il s'agit alors d'enfants "recueillis temporaires".

Ils peuvent aussi être décidés par le juge des enfants lorsque celui-ci estime qu'un enfant est en danger physique ou moral dans son milieu familial. Dans nos observations, les placements à l'Aide Sociale à l'Enfance, antérieurs aux mauvais traitements n'étaient jamais des placements par ordonnance judiciaire mais des placements décidés spontanément par la famille ou conseillés par un travailleur social.

Lorsque la décision du placement revient à la famille, le choix de la nourrice n'est soumis à aucun contrôle. Les parents font appel soit à un membre de leur famille (grands-parents, oncles et tantes), soit à une nourrice mercenaire, celle-ci est parfois une nourrice agréée mais dans la majorité de nos cas, il s'agit d'une nourrice clandestine non agréée.

Le recours à un membre de la famille a été fréquemment rencontré dans les familles migrantes, en particulier dans les familles antillaises qui ont souvent recours à une grand mère ou à une tante vivant aux Antilles.

Lorsque le placement réalise une exclusion complète du milieu familial, ce qui a été le cas de 54 placements nourriciers, les problèmes que soulèvent ces placements seront différents selon qu'il s'agit d'un placement unique et stable ou de placements multiples de courte durée.

Placement unique, stable

Ce placement pourra être néfaste au bon développement de l'enfant si la nourrice est inaffective et n'arrive pas à établir des liens satisfaisants avec lui.

Au contraire, si la nourrice est chaleureuse, l'enfant s'attachera à elle par des liens profonds. Elle jouera le rôle d'un substitut maternel mais l'enfant risque de très mal supporter la séparation d'avec cette mère nourricière si sa mère naturelle se décide à le reprendre. L'enfant se retrouve alors brutalement transplanté dans un milieu qu'il a oublié et pour lequel il n'éprouve aucun attachement. De son côté, la famille s'est

habituée à vivre sans lui, l'a souvent oublié ou tout au moins, ne retrouve pas l'enfant tel qu'elle l'a quitté et tel qu'elle l'imagine. Un autre enfant, né entre-temps, accapare souvent l'affection et l'attention de son entourage. L'enfant réagit souvent très mal à la séparation d'avec sa mère nourricière et à son retour dans une famille qui lui est étrangère.

Des manifestations de régression et d'opposition sont fréquemment constatées. Elles concernent l'alimentation, la propreté sphinctérienne, le comportement vis à vis des parents et de la fratrie. Anorexie, vomissements, énurésie, encoprésie, terreurs nocturnes, agressivité à l'égard des autres enfants, sont fréquemment retrouvés dans nos observations.

Observation n°15

Nathalie B..., 19 mois, est hospitalisée pour fractures multiples dont une fracture ouverte du coude et de nombreuses ecchymoses.

Nathalie a été placée chez une nourrice de la naissance à l'âge de 16 mois pour des raisons sociales : les parents habitaient un hôtel meublé et la maman travaillait.

Lorsque l'enfant a eu 16 mois, la mère obtient une loge de concierge et reprend sa fille. Immédiatement les difficultés surviennent : l'enfant refuse la plupart des aliments, n'accepte que des bouillies, des fruits et les liquides d'où des conflits multiquotidiens alors que chez la nourrice, l'enfant ne faisait aucune difficulté pour manger et que, lors d'un déplacement chez les grands parents paternels, Nathalie a mangé très volontiers avec sa grand mère.

Alors qu'elle dormait bien chez sa nourrice, elle a de gros troubles du sommeil, se réveille plusieurs fois par nuit et appelle sa mère. Enfin, elle est très agressive, touche à tout, et casse tout ce qui est à la portée de sa main.

Observation n°22

Sandrine D..., a été confiée par sa mère à l'Aide Sociale à l'Enfance de sa naissance jusqu'à l'âge de 2 ans, Mme D... ayant fait une dépression nerveuse et étant très mal logée. La grossesse n'était pas désirée : "cette naissance a été une vraie catastrophe, je ne m'en suis jamais remise".

Sandrine est restée pendant deux années chez la même nourrice qui était très chaleureuse. Elle n'a reçu qu'une seule visite de sa mère.

Mieux logée, Mme D... se décide à reprendre Sandrine. Un autre enfant est né entre temps. Dès son retour, l'enfant se montre opposante, énurétique et anorexique. Mme D.. qui est maniaque de la propreté signale : "je n'admets pas que Sandrine salisse la moquette et je préfère la replacer si elle continue à me créer des ennuis".

Sandrine a été hospitalisée à deux reprises pour une hypotrophie importante et de nombreuses ecchymoses. La mère reconnait qu'elle frappe violemment l'enfant qui fait ses besoins par terre immédiatement après avoir été retirée de son pot. Elle supporte très mal les manifestations de régression et d'hostilité de son enfant qu'elle ressent dirigées contre elle-même.

Les conflits multiquotidiens, créés par les manifestations d'opposition et de régression, sont très souvent à l'origine d'une attitude de rejet vis à vis de l'enfant ou de décharges agressives répétées contre lui.

Placements multiples, de courte durée

Pour certains enfants, le placement nourricier n'a aucune stabilité : l'enfant est changé fréquemment de nourrice pour des raisons qui tiennent souvent à l'instabilité parentale (changement de domicile, chômage des parents, nourrice rendant l'enfant car elle n'est pas payée) ou bien à la mauvaise qualité de la nourrice : nourrice non agréée, gardant des enfants sans aucune garantie de stabilité.

Dans ces cas, l'enfant n'a le temps de s'adapter à aucun foyer ni parental, ni nourricier et ne peut s'attacher à aucune image maternelle.

Observation n°23

Fabienne M... 3 ans, est hospitalisée pour coma, hémiplégie droite et nombreuses lésions cutanées évoquant des brûlures de cigarettes et des coups d'ongles.

Fabienne a été confiée de sa naissance à l'âge de 2ans à sa grand mère maternelle avec son frère aîné.

A propos de ce placement, Mr M.. notait : "les enfants étaient peu alimentés et manquaient d'affection, ma belle-mère n'a d'ailleurs jamais beaucoup aimé sa propre fille et si elle élève les deux enfants naturels de celle-ci, c'est pour ne pas faillir à son devoir, sans plus".

M. et Mme M.. retirent donc Fabienne et son frère pour les confier à la soeur de Mme M.. et à son mari. Ce placement durera 3 mois. M. M.. note qu'à leur retour, les enfants sont maigres, couverts de bleus et de coups de martinet.

Fabienne est alors confiée seule cette fois, son frère étant d'âge scolaire, au frère de Mme M.. et à sa femme pour une durée de 6 mois. Ceux-ci trouvent l'enfant en retard et ayant une grande demande affective. La nouvelle nourrice refusant de garder l'enfant durant le week-end, M. et Mme M.. la reprennent et décident que Fabienne sera gardée au foyer par son frère aîné âgé de 8ans, en dehors des heures de classe.

C'est 13 jours après le retour de Fabienne au foyer que "l'accident" se produit alors que l'enfant était gardée par Monsieur M..

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater un autre problème très grave créé par un placement nourricier chez certaines familles de migrants : il s'agit soit d'enfants de couleur placés chez des nourrices blanches, soit d'enfants dont la langue maternelle n'est pas le Français et qui sont placés dans des familles de langue française.

Dans ces deux cas, le retour au foyer parental pose d'énormes problèmes. L'enfant de couleur manifeste parfois des réactions de crainte vis à vis de son entourage et, même si ces réactions ne sont pas liées aux différences raciales, mais simplement aux difficultés de réinsertion dans une famille qui lui est devenue étrangère, les parents interprêtent ces manifestations de crainte et d'hostilité comme de véritables manifestations de racisme.

Observation n°24

Nadia, petite Antillaise de 2 ans, est hospitalisée pour des brûlures des fesses par fer à repasser.

L'enfant a été élevée par une nourrice blanche. Dès son retour au foyer, Nadia manifeste un mouvement de recul vis à vis de ses parents. Ceux-ci se sentent rejetés. Lors d'une visite de l'assistante sociale, Nadia se jette dans ses bras et la mère s'écrie : "elle n'aime que les blanches, elle a été élevée par une blanche".

Observation n°25

Betty G.. petite Antillaise de 4 ans I/2, est hospitalisée pour d'importantes lésions cutanées constituées d'hématomes et de plaies récentes.

Lors de la naissance de Betty, Mme G.. est traitée pour une tuberculose pulmonaire et Betty est confiée immédiatement à l'oeuvre Grancher qui trouve pour l'enfant un placement familial. Sa mère ne la reprend qu'à l'âge de 4 ans malgré des demandes fréquentes du placement familial.

Mme G.. explique que Betty, qui n'a connu que des blancs lors de son placement, ne s'est pas habituée à son nouveau foyer: "elle est repliée sur elle même, elle refuse de manger, de s'amuser, elle me dit que je ne suis pas belle". L'enfant paraît plus attachée au concubin actuel qu'à la mère et celui-ci pense que c'est parce qu'il est moins coloré que Mme G.. et que les autres enfants.

Quant aux problèmes posés par la non compréhension de la langue maternelle de l'enfant, nous les avons constatés dans certains milieux nord-africains. L'enfant, élevé dans un foyer nourricier de langue française, se trouve à son retour, dans un milieu dont il ne comprend pas la langue et où lui-même a très souvent du mal à se faire comprendre.

Observation n°26

Lazar H.., 3 ans, est amené à l'hôpital par son père, couvert d'ecchymoses parce que "sa mère ne peut pas le supporter".

Lazar est issu d'une famille nord-africaine. Lors de sa naissance, Mme H.. est soignée pour une tuberculose et l'enfant est immédiatement confié à l'oeuvre Grancher où il est élevé jusqu'à l'âge de 2 ans I/2.

A son retour au foyer, Lazar ne parle pas et ne comprend pas un mot d'Arabe. Par contre, il parle Français mais sa mère n'en comprend pas un mot. Le père déclare : "ma femme est méchante avec lui du fait qu'elle ne l'a pas élevé, il a toujours été placé et en plus, ne parle ni ne comprend un mot d'Arabe. Moi, je lui parle en Français et il m'aime bien, d'ailleurs je préfère qu'il sache le Français plutôt que l'Arabe".

b- Les placements institutionnels

Nous regroupons dans cette rubrique :

Les établissements médico-sociaux :

- Centres Hélio-Marins
- Etablissements de convalescence
- Sanatoriums, préventoriums, aériums
- Pouponnières pour enfants débiles et anciens prématurés.

Les motifs invoqués lors de l'admission sont le plus souvent médicaux : rachitisme, primo-infection tuberculeuse, prématurité, convalescence d'infections répétées des voies aériennes ; mais, en fait, ce sont des motivations toujours ambivalentes médico-sociales, et sous des prétextes médicaux, ces placements voudraient résoudre un problème social. Malheureusement, la solution qu'ils apportent n'est très souvent que provisoire.

Toutes ces raisons médicales expliquent que, dans la majorité des cas, ces placements concernent des enfants en bas âge, souvent de moins de 1 an. Le placement survient donc à un âge où le rôle de la mère est fondamental pour que l'enfant puisse faire normalement toutes ses acquisitions dans un climat psycho-affectif satisfaisant (AUBRY (4) (5), BOULBY (8), DAVID (20) (21), SOULE (69)).

Observation n°27

Ahmed N.., dernier enfant d'une fratrie de 4, est envoyé en pouponnière à l'âge de 4 mois, à la suite de deux hospitalisations successives, l'une pour diarrhée, l'autre pour bronchite asthmatiforme. Il y reste 9 mois et au cours de ce séjour, fait de nombreuses otites et bronchites.

Il rentre au foyer à l'âge de 13 mois. Quelques jours après son retour, il fait à nouveau une otite pour laquelle il est hospitalisé. L'hôpital le confie à la même pouponnière, de nouveau pour 9 mois. Les placements n'ont pas été demandés par la mère mais celle-ci, épuisée par ses nombreuses grossesses (8) et les conditions de logement (1 pièce pour 6) a accepté passivement la suggestion de ces deux placements.

Dès le retour, Mme N.. note un comportement régressif : l'enfant qui marchait en pouponnière, refuse de marcher, reste

toute la journée accroupi dans un coin. Par ailleurs, il est très anorexique, a des tics de balancement de la tête et manifeste une crainte envers sa mère lorsqu'elle parle Arabe. Il est plus proche de son père qui parle Français. Les trois aînés (7, 5 et 4 ans) qui n'ont jamais quitté le foyer, sont très agressifs envers Ahmed, profitant de l'absence de leur mère, ils l'avaient mis dans une poubelle.

Admed a été hospitalisé 1 an après son retour au foyer, soit à l'âge de 3 ans, pour brûlures par eau bouillante, 8 fractures de côtes, une fracture du radius droit.

Mme N.. reconnait ne pas être attachée à cet enfant qu'elle n'a pas élevé comme les autres. Ahmed est de son côté, un enfant difficile, opposant, peu gratifiant. Il a un important retard des acquisitions (QD estimé à 50), ne parle ni Français, ni Arabe ne manifeste aucun signe affectif envers ses parents. Il est l'objet d'un rejet global de la part de tout l'entourage familial, parents et enfants, et de manifestations agressives qui émanent de ses frères et soeurs.

Observation n°3

Claude B.. 2 ans I/2, est hospitalisé pour un très volumineux hématome frontal, de multiples ecchymoses disséminées sur le corps et une plaie anale.

A la suite d'une hospitalisation à l'âge de 18 mois pour traumatisme cranien, on découvre des fractures multiples du crâne et un rachitisme. Une simple enquête de secteur est faite et l'enfant est envoyé à San Salvadour pour 5 mois.

Parlant de son retour, la mère dit : "c'était un petit animal sauvage, il n'était pas propre, il ne savait plus rien faire, il a fallu tout lui apprendre, toute son éducation était à refaire".

Les établissements sociaux de l'Aide Sociale à l'Enfance

. le "dépôt" de St Vincent de Paul

. les pouponnières de l'A.S.E.

Les enfants y sont admis pour des raisons multiples mais purement sociales, donc à des âges très variables :

- enfant dit "recueilli temporaire", c'est-à-dire confié spontanément par ses parents ou sur les conseils d'un travailleur social à l'Aide Sociale à l'Enfance, en raison d'une défaillance provisoire du milieu familial (maladie de la mère, accouchement, chômage, manque de ressources matérielles) ;

- enfant hospitalisé que les parents ne reprennent pas une fois guéri et qui est donc confié à l'Aide Sociale à l'Enfance ;

- enfant retiré à ses parents par décision du juge des enfants et mis en garde provisoire à l'A.S.E. en attendant une amélioration du milieu familial ;

- enfant abandonné.

Dans nos observations, nous n'avons relevé aucun cas de placement institutionnel par ordonnance judiciaire dans les antécédents des enfants. Il s'agissait toujours de recueillis temporaires.

Observation n°28

Yasmina est confiée à une pouponnière de l'Aide Sociale à l'Enfance par ses parents de 5 à 13 mois. On ignore le motif de ce placement.

Au retour, l'enfant est décrite comme retardée, ayant des tics de balancement et se cognant la tête. 4 mois plus tard, elle est hospitalisée pour traumatisme crânien, 6 mois après, elle est admise à Bretonneau dans un état comateux, couverte d'ecchymoses. On porte le diagnostic d'hématome sous-dural.

L'enfant est consignée par la Brigade de Protection des Mineurs. Les parents disparaissent sans laisser de traces.

Observation n°29

Jamaa est le second enfant d'une famille algérienne. Lorsqu'il a 1 an, sa mère accouche de deux jumelles, sa santé étant déficiente et le logement exigu, elle place Jamaa et son frère aîné à l'Aide Sociale à l'Enfance. Ils y restent 3 ans.

Lors du retour au foyer, les enfants appellent leur mère "madame".

Jamaa est hospitalisé 6 mois plus tard pour des brûlures. La mère explique : "je le brûle avec des morceaux de laine enflammée pour le rendre propre et d'ailleurs, il est propre maintenant".

Le développement psycho-affectif des enfants en bas âge en milieu institutionnel a fait l'objet de nombreuses études (AUBRY (4), BOWLBY (8), DAVID (20) (21), SOULE (69)).

Ces auteurs ont montré combien les conditions d'élevage exclusivement en collectivité, pouvaient être néfastes au développement psycho-affectif de l'enfant de moins de 3 ans.

M. DAVID (21) a étudié dans une pouponnière, les facteurs de carence affective. Elle en retient particulièrement trois : "la multiplicité des personnes s'occupant d'un enfant - la pauvreté quantitative et qualitative des échanges entre infirmière et enfant - les longues périodes de veille solitaire". Ceci a pour conséquence une pauvreté de stimulation des fonctions sensorimotrices ; un investissement de l'instinct de l'enfant sur les objets plutôt que sur les personnes ; un repli de l'enfant sur lui-même vu la pauvreté des sources extérieures d'intérêt et de gratification.

La réinsertion dans leur milieu familial, de ces enfants élevés en collectivité, est aussi très difficile bien que posant des problèmes différents de ceux des enfants élevés en placement nourricier.

Ces enfants ont de gros retards de leurs acquisitions, des troubles du comportement. Ils sont instables et agités, tyranisent leur entourage, ont une importante quête affective qui n'est, le plus souvent, pas comprise de l'entourage. Les parents, non prévenus des difficultés qu'ils risquent de rencontrer, attribuent ce retard de développement et ces troubles du comportement à "une mauvaise éducation" et ne perçoivent pas qu'une carence affective est à l'origine de ces troubles. Ils décident alors de reprendre en main l'éducation négligée de l'enfant mais, méconnaissant la demande profonde de celui-ci, ils sont incapables d'y répondre et de satisfaire l'enfant. Cette incompréhension de l'enfant par ses parents conduit souvent ceux-ci à un comportement violent à son égard dont les motivations sont nombreuses : intolérance à la frustration, sentiment d'échec, de culpabilité, rejet de l'enfant.

En ce qui concerne l'incidence des séparations précoces du milieu familial sur le devenir de l'enfant et, en parti-

culier, sur l'éventualité de sévices corporels lors du retour au foyer, l'étude des 110 observations se heurte à de nombreuses lacunes :

. nous ne possédons pas de groupe témoin concernant les enfants de moins de 6 ans ayant subi un ou plusieurs placements nourriciers ou institutionnels et les problèmes de leur réinsertion dans le milieu familial ;

. nous ne connaissons pas le pourcentage d'enfants ayant subi des placements dans la population hospitalière habituelle ;

. enfin, en ce qui concerne nos observations elles-mêmes, nous ne connaissons pas toujours les motivations des placements ni les conditions exactes du retour dans le milieu familial. Quand les motivations étaient signalées, il nous semble que les parents les subissaient plus souvent qu'ils ne les réclamaient.

Malgré les imperfections de cette étude, l'importance du nombre d'enfants qui ont vécu une ou plusieurs séparations de leur milieu familial et en particulier, des placements nourriciers et institutionnels et qui ont subi des sévices corporels lors de leur retour au foyer, a cependant retenu notre attention.

L'importance de la fréquence des placements parmi les populations d'enfants victimes de sévices a été étudiée par peu d'auteurs.

En France, RABOUILLE (63) insiste sur le fait que les placements qui veulent réaliser une meilleure protection de l'enfant, peuvent aboutir au résultat opposé et mettre en danger son bien être physique et moral lors de la réinsertion familiale.

Pour C. OKELL (61), il faut se méfier de la signification que peut revêtir la demande incessante de placements de la part des parents. Cette demande renouvelée, cache souvent un rejet de l'enfant que le placement ne fera que majorer.

Il est nécessaire de connaître le rôle néfaste que peut avoir un placement sur le développement d'un enfant en bas âge et les difficultés qui peuvent se poser lors de son retour au foyer car le pédiâtre joue souvent un rôle important dans la décision de ces placements médico-sociaux. Il peut en effet, de lui-même, proposer ou décider de placer un enfant ou bien accepter passivement les suggestions d'un travailleur social.

Il serait souhaitable que, lorsque l'éventualité d'un placement se pose dans l'intérêt physique de l'enfant, étant donné des conditions sociales défectueuses, une évaluation des divers risques encourus par l'enfant soit faite par le pédiâtre et par le travailleur social qui connaît la famille. Il faut se retenir de n'envisager que les avantages immédiats sans tenir compte des risques à long terme. Avant d'envisager uniquement la solution du placement, toutes les autres mesures d'aide sociale devraient être discutées. La séparation de l'enfant d'avec son milieu familial est trop souvent considérée comme la solution de facilité qui résoud, dans l'immédiat, certains problèmes mais elle n'apporte aucune solution définitive.

On constate trop souvent que la durée du placement n'est pas toujours utilisée pour résoudre ces problèmes (relogement, réinsertion professionnelle, etc...) et, lors du retour de l'enfant, ceux-ci sont majorés par la charge supplémentaire que représente un enfant de plus à élever et qui plus est, un enfant difficile, souvent "insupportable" et différent de celui qu'on avait quitté.

Si le placement est la seule solution à un état de crise et s'il doit être provisoire, il faut à tout prix, maintenir le contact entre l'enfant et sa famille, ce qui n'est, en fait, réalisable que si le placement est proche du domicile familial. Il serait aussi souhaitable que le retour de l'enfant soit préparé. Il faut prévenir les parents des troubles du comportement éventuels que peut présenter l'enfant et des difficultés qu'eux-mêmes auront parfois à l'accepter de nouveau.

Pour réduire au maximum ces problèmes, il faut éviter que l'enfant ne soit brutalement remis du jour au lendemain, et favoriser des reprises de contact préalables (visites, reprise uniquement le week end au début, etc...)

Dans la mesure des possibilités de structures sociales, la présence d'un travailleur social dans la famille, est très utile pendant toute la période de réadaptation de l'enfant.

Il nous parait donc fondamental que médecins et travailleurs sociaux prennent conscience des risques qu'il y a à placer un enfant de moins de 3 ans, aussi bien en nourrice, qu'en institution. Le milieu familial est sûrement la structure la plus favorable au développement psycho-affectif harmonieux de l'enfant. Avant de décider que ce milieu est pathogène, et que, seule une séparation peut protéger l'enfant, il faut éliminer toutes les possibilités d'aide au sein du milieu familial. La solution du placement ne doit être envisagée qu'en dernier recours.

III

L'ENQUETE SOCIALE

Lorsque l'éventualité de mauvais traitements envers un enfant se pose, seule une enquête approfondie pourra faire connaître la qualité de l'environnement familial et évaluer le danger encouru par l'enfant dans son foyer. Cette enquête dépend des personnes ou des structures auxquelles le cas de l'enfant est signalé au moment de l'hospitalisation.

Nous envisagerons d'abord les diverses possibilités de signalement et d'enquête à partir d'un service hospitalier parisien, puis nous exposerons les types d'enquêtes effectuées dans les 110 observations que nous étudions.

A- PERSONNES OU STRUCTURES AMENEES A ENQUETER

La première démarche revient en fait au médecin responsable de l'enfant. Il doit apprécier si l'enfant a pû être victime de mauvais traitements. Son évaluation s'appuiera sur :

- l'importance et le type des lésions cliniques ;
- d'éventuelles lésions radiologiques ;
- l'aspect et le comportement de l'enfant ;
- la première impression donnée par les parents, c'est-à-dire la façon dont ils se sont comportés à l'arrivée envers l'enfant, le médecin, le personnel infirmier et les motifs qu'ils ont invoqués pour expliquer l'état de leur enfant.

Il peut s'agir d'un aveu spontané, ce qui est rare, de la négation de tout traumatisme ou tout accident, de la dénonciation d'un membre de la fratrie ou d'un des parents et enfin d'une discordance, soit entre les dires des parents, soit entre le motif invoqué et l'état de l'enfant.

Cette première impression est très précieuse car il arrive que, dès le lendemain, les parents changent de compor-

tement, aient constitué une sorte de défense et que l'opinion de ceux qui prendront contact avec eux soit alors différente de l'impression de départ.

Au terme de cette évaluation, le médecin estime que les mauvais traitements sont certains ou simplement probables. Il est, dans un cas, comme dans l'autre, libre de déclencher ou non une enquête sociale. Si donc, il le juge nécessaire, il signalera l'enfant à l'assistante sociale hospitalière en lui fournissant les renseignements médicaux qu'il possède et en lui donnant son opinion sur la gravité de la situation.

1°- Rôle de l'assistante sociale hospitalière

Sa première démarche est de convoquer les parents de l'enfant (et sa nourrice s'il y a lieu) pour se faire une opinion sur leurs conditions de vie (niveau socio-culturel, composition de la famille, profession, logement, etc...) et sur la qualité des relations qu'ils entretiennent avec l'enfant.

Parallèlement, elle se met en rapport avec l'assistante sociale du domicile de l'enfant pour compléter ses propres informations dans le cas où cette famille ou la nourrice seraient déjà connues des services locaux.

L'assistante sociale hospitalière peut estimer, en accord avec l'assistante sociale de secteur, que la situation n'est pas trop préoccupante et que cette dernière pourra se charger à elle-seule d'aider et de surveiller l'enfant dans sa famille à son retour. L'assistante sociale hospitalière arrête là son action et prévient simplement le service social de secteur de la date de sortie de l'enfant.

Lorsque la situation lui paraît plus grave, elle effectue un signalement au médecin chef de la Protection Maternelle et Infantile.

2°- Le signalement à la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.)

Ce signalement s'appuie sur un certificat médical relatant les lésions de l'enfant que l'assistante sociale hospitalière adresse au médecin chef de la P.M.I.

Celui-ci peut faire effectuer une enquête par ses propres assistantes sociales qui se rendent au domicile des parents et éventuellement de la nourrice. Il peut, de son côté, convoquer les parents de l'enfant et la nourrice de façon à évaluer lui-même la gravité de la situation.

Il peut se charger de la surveillance ultérieure de l'enfant par l'intermédiaire de ses puéricultrices visiteuses, s'il en existe dans le secteur de la famille ; de la consultation des nourrissons et enfin des médecins agréés par la P.M.I. qui peuvent effectuer des visites de contrôle dans la famille.

En cas de mauvais traitements survenus chez la nourrice, il peut supprimer l'agrément de celle-ci ou empêcher que cet agrément lui soit donné ultérieurement.

Par contre, si l'enfant lui paraît en danger dans sa famille, d'après les résultats de l'enquête ou si les lésions cliniques sont très importantes et que les mesures de protection dont il dispose lui paraissent insuffisantes, le médecin chef de la P.M.I. peut signaler l'enfant soit à la Brigade de Protection des Mineurs, soit directement au tribunal pour enfants c'est-à-dire au juge des enfants.

3°- Le signalement à la Brigade de Protection des Mineurs

Il faut rappeler que ceci ne concerne que Paris, la Seine St-Denis, le Val de Marne et les Hauts de Seine où sont implantées des Brigades de Protection des Mineurs. Dans les autres départements périphériques, ce rôle est assuré par les commissariats locaux ou par la gendarmerie.

La Brigade de Protection des Mineurs est alertée par le médecin chef de la P.M.I., plus rarement par le juge des enfants. Elle délègue un officier de police qui se rend immédiatement à l'hôpital pour établir un constat sur l'état de l'enfant, obtenir un certificat médical détaillé des lésions et surtout apporter une "consigne", acte qui réalise une protection immédiate de l'enfant.

Il arrive, dans certains cas, que la situation soit tellement grave, qu'il n'est pas prudent d'attendre les conclusions du signalement à la Protection Maternelle et Infantile. L'assistante sociale hospitalière est autorisée à prévenir immédiatement par téléphone, la Brigade de Protection des Mineurs. Dans les heures qui suivent, un officier de police vient alors apporter la consigne mettant immédiatement l'enfant à l'abri de son entourage familial.

La consigne est une réquisition judiciaire qui est libellée de la façon suivante :

> "Nous, Monsieur X..., commissaire à la Brigade de Protection des Mineurs, prions et au besoin, requerons Monsieur le Directeur de l'hôpital ....., de bien vouloir consigner à notre disposition et maintenir dans son établissement jusqu'aux conclusions de l'enquête en cours dans notre brigade, l'enfant X..., âgé de ..., né le ... à ... de X ... et Y ..., admis le ... et dont les parents sont domiciliés à ....
>
> Prière en cas de besoin de bien vouloir nous aviser à la Brigade de Protection des Mineurs.
>
> Signé, le commissaire X ..."

L'enfant consigné ne peut en aucun cas être repris par ses parents. C'est la responsabilité de l'hôpital qui est engagée dans le cas où les parents arriveraient à faire sortir leur enfant.

Le commissaire ayant fait la consigne doit prévenir le Procureur de la République dans les 48 heures :

"Le commissaire de la Brigade de Protection des Mineurs, à Monsieur le Procureur de la République près le tribunal pour enfants de ...

Objet : au sujet du mineur X ..., domicilié à ...

J'ai l'honneur de faire connaître que j'ai cru devoir faire consigner à l'hôpital ...., où il a été conduit, l'enfant X ...

Motif :

Une enquête est actuellement diligentée par mes services et un rapport vous sera transmis dans les plus brefs délais.

Commissaire X ...."

Une fois l'enfant "protégé" par la consigne, l'officier de police entreprend sans tarder l'enquête sociale.

Elle débute par une enquête de voisinage pour apprécier si la famille est connue pour avoir un comportement anormal vis à vis de l'enfant ou s'il semble qu'il s'agisse d'un accident sans notion de récidives. L'enquête auprès de l'employeur du père ou de la mère n'est pas systématique de façon à ne pas porter préjudice à leur travail.

L'enquête se poursuit alors au domicile des intéressés de façon à apprécier les conditions de logement, l'état des autres enfants. Elle se termine par un interrogatoire du père et de la mère si possible, dans les locaux de la brigade. En cas de déclaration des intéressés, l'officier de police rédige son rapport devant eux et le leur fait signer.

Une enquête identique est menée par la Brigade de Protection des Mineurs auprès de la famille nourricière s'il y a lieu.

L'officier de Police ayant mené l'enquête conclut son rapport en résumant la situation, en faisant une évaluation pronostique et une suggestion sur la mesure à prendre pour protéger l'enfant.

Une fois l'enquête terminée, tout le dossier est transmis au Parquet qui se charge de le communiquer au tribunal pour enfants, c'est-à-dire au juge des enfants et, dans certains cas, au tribunal pour adultes : "C'est au Procureur de la République que revient la décision de poursuivre ou non les parents".

En cas d'affaires de mauvais traitements envers de jeunes enfants, c'est la section féminine de la Brigade de Protection des Mineurs qui se charge de l'enquête. Celle-ci est réalisée par des officiers de police qui sont toutes des femmes, ne portant aucun uniforme de police. Ce sont, pour certaines, des assistantes sociales ayant en plus une formation d'officier de police.

Le commissaire de police ne voit pas systématiquement toutes les familles mais ne les voit que dans les cas graves ou sur la demande de ses officiers de police.

En résumé, la Brigade de Protection des Mineurs n'est pas une structure répressive. Son but est d'assurer la protection immédiate de l'enfant et d'effectuer une enquête sur son environnement par l'intermédiaire de ses officiers de police.

La Brigade est soucieuse d'être le moins traumatisant possible lorsqu'elle pénètre dans une famille et on ne peut que reconnaître la grande qualité de ses enquêtes.

4°) Rôle du juge des enfants.

C'est à lui que revient la décision concernant le devenir de l'enfant, c'est-à-dire son maintien au foyer avec ou sans mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (A.E.M.O.) ou sa séparation du milieu familial.

Il s'appuie, pour prendre sa décision, sur l'enquête de la Brigade de Protection des Mineurs mais, peut aussi demander à ses propres assistantes sociales du tribunal de faire une enquête.

Le juge peut réclamer un examen psychiatrique des parents qui sera effectué par des médecins psychiatres experts.

Il peut lui-même avoir un entretien avec les parents mais ne voit pas les enfants quand il s'agit de mauvais traitements chez de très jeunes enfants.

Son rôle est donc avant tout la protection à plus long terme de l'enfant. Les seules mesures répressives à l'égard des parents qu'il puisse exercer étant la séparation de l'enfant de son milieu familial : ce sont les ordonnances de placement en garde provisoire ou définitive avec un droit de visite qu'il fixera, ou au maximum, une déchéance des droits parentaux. Mais, il n'intervient nullement en ce qui concerne la responsabilité pénale des parents. (Par contre, le dossier est obligatoirement transmis au Parquet et c'est le Procureur de la République qui décide s'il y aura une poursuite judiciaire des parents).

Une fois le jugement prononcé par le juge des enfants, celui-ci lève la consigne et l'enfant peut quitter l'hôpital. Son devenir immédiat sera celui fixé par l'ordonnance judiciaire.

Si dans la majorité des cas, les différents signalements aux structures assurant la protection de l'enfance suivent le cheminement indiqué ci-dessus à la suite de l'hospitalisation d'un enfant maltraité, il est des cas où la démarche est différente :

- L'enfant peut être hospitalisé par Police Secours, le commissariat ayant constaté un flagrant délit. Le commissaire de police se charge de consigner l'enfant de la même façon que le commissaire de la Brigade de Protection des Mineurs. Il peut aussi se charger de l'enquête mais, en règle générale, en ce qui concerne Paris, les commissariats locaux préfèrent confier cette enquête à la Brigade de Protection des Mineurs qui est particulièrement compétente en ce qui concerne les jeunes enfants.

- Dans certains cas, la Brigade de Protection des Mineurs ou le juge des enfants, peuvent être saisis directement d'un cas par un membre de la famille, le voisinage ou une assistante sociale de secteur, avant l'hospitalisation de l'enfant. Dans ces cas, l'assistante sociale hospitalière n'a plus à intervenir. Le médecin fournira simplement un certificat médical descriptif des lésions de l'enfant pour compléter l'enquête.

B- TYPES D'ENQUETES EFFECTUEES DANS LES 110 OBSERVATIONS

Type d'enquête	Nbre de cas	%
Pas d'enquête	19	17
Enquête sociale de secteur ou de PMI	40	37
Enquête de police	51	46

Dans 17 % des cas, l'assistante sociale de l'hôpital n'a pas été alertée. Ces observations correspondent à certains hématomes sous-duraux idiopathiques, à des fractures isolées du crâne ou des membres pour lesquels l'anamnèse n'a pas été étudiée et qui n'ont donc pas été signalés à l'assistante sociale hospitalière.

L'enquête de police effectuée dans 46 % des cas, correspond en majorité aux enquêtes de la Brigade de Protection des Mineurs et, pour de très rares cas, aux enquêtes effectuées par le commissariat.

1°) Types d'enquêtes effectuées en fonction de l'année d'hospitalisation.

Année	1958 à 1961		1962 à 1965		1966 à 1970	
Type d'enquête	Nbre cas	%	Nbre cas	%	Nbre cas	%
Pas d'enquête	3	33,3	9	37,5	7	9,9
Enquête sociale de secteur ou de PMI	5	55,5	4	16,6	31	40,2
Enquête de police	1	11,2	11	45,9	39	49,9
TOTAL	9	100	24	100	77	100

On constate donc qu'il y a de moins en moins de lésions traumatiques que les médecins se contentent de soigner sans essayer d'en étudier un peu plus l'anamnèse et de se faire une idée de la qualité de l'environnement familial de l'enfant en s'aidant d'une enquête sociale.

On est ainsi amené à constater qu'il y a de plus en plus de cas qui sont signalés à la Brigade de Protection des Mineurs.

2°) Présomption ou certitude des sévices en fonction du type d'enquête effectuée.

Type d'enquête / Présomption ou certitude des sévices	Pas d'enquête		Enquête sociale de secteur ou de P.M.I.		Enquête de police	
	Nbre cas	%	Nbre cas	%	Nbre cas	%
Présomption	19	100	35	87,5	26	50,9
Certitude	0	0	5	12,5	25	40,1
TOTAL	19	100	40	100	51	100

On pourrait déduire de ce tableau la nécessité d'une enquête de police pour obtenir la certitude de mauvais traitements subis par un enfant. Il n'en est rien car, en fait, c'est seulement lorsqu'on considère les sévices comme pratiquement certains et suffisamment graves que la Brigade de Protection des Mineurs est alertée par la Protection Maternelle et Infantile ou par l'hôpital.

IV

L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL

A - LA STRUCTURE FAMILIALE

I- LE COUPLE

1°- La structure du couple parental

83 enfants (75 %) appartiennent à une structure "apparemment normale", c'est-à-dire composée à la fois du père et de la mère réelle de l'enfant.

16 enfants (15 %) sont élevés par leur mère et un substitut paternel.

7 enfants (6 %) sont élevés uniquement par leur mère.

3 enfants (3 %) sont élevés par leur père et un substitut maternel.

1 enfant (1 %) est élevé par son père sans femme au foyer.

Cette forte proportion d'enfants appartenant à une structure familiale dite normale, a été retrouvée dans les autres études françaises (GRISLAIN (35), RABOUILLE (63)) et anglaises (NSPCC (67)).

Par contre, les études américaines constatent une plus forte proportion de couples où l'un des conjoints n'est pas le père ni la mère de l'enfant. GIL (31), dans une enquête nationale, ne retrouve que 46 % de couples constitués par le père et la mère de l'enfant. EBBIN (23), dans une enquête hospitalière portant sur 50 enfants victimes de sévices corporels, n'en trouve que 30 %.

2°) L'âge des parents.

Age moyen du père ou de l'homme vivant au foyer : 29 ans.

Age moyen de la mère ou de la femme vivant au foyer : 26 ans.

Les travaux américains (KEMPE (37)) sont en accord avec cet âge du père et de la mère. Par contre, les travaux anglais (NSPCC (67)) trouvent une moyenne d'âge inférieure : 24 ans pour l'homme, 22 ans pour la femme.

II- LA FRATRIE

1°) Taille globale des fratries.

On entend par taille globale des fratries, le nombre d'enfants vivants que le couple actuel a eus ensemble, ajouté au nombre d'enfants vivants que chacun a pu avoir séparément, antérieurement.

Dans 7 observations, l'importance de la fratrie n'est pas mentionnée.

Nombre d'enfants	Nombre de familles	%
1	28	27
2	23	22,3
3	16	15,5
4	15	14,5
5 et plus	21	20,7
TOTAL	103	100

Comparaison avec l'enquête hospitalière de 1960 (*) :

Taille des fratries	Enquête hospitalière de 1960	Enquête sur les enfants victimes de sévices
1 enfant	24 %	27 %
2 "	23,6 %	22,3 %
3 "	19,7 %	15,5 %
4 "	12,6 %	14,5 %
5 et +	20,1 %	20,7 %

Il y a donc 35,1 % de familles de 4 enfants et plus dans notre étude contre 32,7 % dans la population hospitalière de 1960.

L'étude faite à Nancy (RABOUILLE (63)), montre des fratries encore plus importantes : 67,3 % de familles de 4 enfants et plus contre 15,8 % d'après une enquête de l'INSEE en Lorraine.

Par contre, dans l'étude de la NSPCC (67), les fratries sont beaucoup moins importantes : 13 % seulement de familles de 4 enfants et plus.

Nous avons pu calculer que, sur les 308 enfants qui appartiennent à notre population, 153 seulement sont issus du couple actuel. C'est dire que, si au moment des sévices la structure familiale paraît normale et stable dans la grande majorité des cas, il n'en a pas été ainsi dans le passé de chacun des deux parents.

(*) P. STRAUS : "L'hospitalisation des enfants", Monographie n°23, INH, 1960.

2°) Nombre d'enfants vivant au foyer;

Nbre d'enfants au foyer	Nbre de familles	%
0	23	20,9
1	23	20,9
2	19	17,2
3	19	17,2
4	11	10
5 et plus	15	13,6

L'importance de la taille de la fratrie qui vit au foyer est donc moindre par rapport à la taille réelle de la fratrie. Les enfants de notre enquête appartiennent donc à des fratries importantes dont les membres ne sont pas tous assumés par le couple actuel.

3°) Situation des frères et soeurs, demi-frères et demi-soeurs, élevés hors du foyer.

10 couples (11 %) ont déjà 1 ou plusieurs enfants à l'Aide Sociale à l'enfance.

17 couples (18 %) ont déjà 1 ou plusieurs enfants en nourrice familiale.

20 couples (21 %) ont déjà 1 ou plusieurs enfants en nourrice mercenaire.

4°) Rang de l'enfant.

Dans 10 cas, on ignore le rang.

28 fois, il s'agit d'un enfant unique.
5 fois, il s'agit de l'aîné.
29 fois, il s'agit du deuxième.
15 fois, il s'agit du troisième.
10 fois, il s'agit du quatrième.
13 fois, il s'agit du cinquième ou plus.

Il est donc exceptionnel que nous ayons à faire à l'aîné d'une famille de plusieurs enfants mais nos dossiers ne comportent pas une étude suffisamment rigoureuse de la fratrie pour éliminer la possibilité de sévices sur les aînés.

Parmi les auteurs qui ont pu étudier avec plus de détails la fratrie des enfants victimes de sévices, deux tendances se dessinent. Pour certains (KEMPE (37), RABOUILLE (63)), il existe des facteurs liés à l'enfant (enfant illégitime, prématuré, débile, ayant des troubles du comportement), et ces auteurs constatent que dans de nombreux cas en effet, seul un enfant est battu, le reste de la fratrie étant traitée normalement ; ils en dégagent la notion d'enfant cible.

Pour d'autres (GRISLAIN (35), SKINNER et CASTLE (67)), il y a peu de motivations tenant à l'enfant, les troubles du comportement, quand ils existent, paraissent plutôt réactionnels et, l'étude détaillée des fratries, leur a permis de constater qu'ils y avaient très souvent d'autres enfants victimes de mauvais traitements parmi les frères et soeurs, dans certains cas, même toute la fratrie.

B- ORIGINE ETHNIQUE DU COUPLE PARENTAL

I- DONNEES GENERALES

. 45 pères ou substituts paternels (45 %) sont Français

. 54 pères ou substituts paternels (54,5 %) sont étrangers

. 67 mères ou substituts maternels (62,7 %) sont Françaises

. 40 mères ou substituts maternels (37,3 %) sont étrangères

Détails des origines ethniques des pères et des mères de notre étude :

Nationalité	Père ou substitut paternel	Mère ou substitut maternel
Français	45	67
Nord-Africains	28	14
Espagnols Portugais	8	6
Italiens Yougoslaves	2	3
Antillais	9	9
Africains	4	2
Autre Nationalité	2	6
Inconnu	12	3

Les autres enquêtes françaises ne constatent pas un pourcentage aussi important de familles migrantes. L'enquête faite en Lorraine, à Nancy (RABOUILLE (67)), ne donne pas de chiffres précis et ne fait que signaler la présence de quelques familles Nord-Africaines et Italiennes.

L'enquête faite en Loire Atlantique, à Nantes (GRISLAIN (35)), constate 15 % seulement d'enfants issus de familles migrantes.

L'immigration se faisant principalement sur Paris et la région parisienne, il n'est pas étonnant que nous constations un pourcentage plus important de familles migrantes que dans les enquêtes faites en province.

L'enquête anglaise de la NSPCC (67) constate un très faible pourcentage de familles migrantes (6 %).

Quant aux enquêtes hospitalières américaines, les résultats dépendent de l'implantation géographique de l'hôpital et peuvent être tout à fait opposés.

II- MIXITE DU COUPLE PARENTAL

Il n'y a que 97 couples où l'on connaît l'origine ethnique de l'homme et de la femme :

- 74 couples sont homogènes : 44 couples français
  30 couples étrangers
- 23 couples sont mixtes.

Ceci représente un pourcentage de 25 % de couples mixtes dans notre population. Ce chiffre est considérable, le dernier pourcentage rapporté par le recensement de 1968 était de 4 % de couples mixtes dans la population française.

III- COMPARAISON DE L'ORIGINE ETHNIQUE DES PARENTS DANS NOTRE ETUDE ET DANS LA POPULATION HOSPITALIERE HABITUELLE D'APRES LES ENQUETES HOSPITALIERES DE 1960 et 1970.

Nous avons a priori considéré l'homme comme facteur déterminant la nationalité du couple.

Population	Enquêtes hospitalières		Notre enquête
	1960	1970	
Français	80,6 %	60,6 %	45,5 %
Etrangers	18,3 %	39,3 %	55,5 %

Ceci ne fait que confirmer l'importance de plus en plus grande que prend l'immigration en France.

Cette forte proportion d'enfants migrants dans notre étude soulève de nombreux problèmes tels que l'adaptation des familles et les différences socio-culturelles en ce qui concerne l'éducation des enfants.

C- CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

I- PROFESSION DU PERE OU DU SUBSTITUT PATERNEL.

Dans 20 dossiers, la profession du père ou du substitut paternel n'est pas mentionnée.

En ce qui concerne les 90 autres dossiers :

PROFESSION	%
Ouvriers non spécialisés	37
Ouvriers spécialisés	32
Employés	11
Techniciens - Cadres	8
Autre profession	12

13 % des hommes dont on connaît la profession, étaient au chômage lors des mauvais traitements.

SKINNER et CASTLE (67) constatent 38 % de chômeurs au moment des mauvais traitements. GIL (31), dans l'enquête nationale américaine, n'en relève que 11,8 % ce qui est cependant trois fois plus important que le taux de chômage au Etats-Unis. Par contre, il note que 48 % des pères avaient été chômeurs de façon permanente ou provisoire pendant l'année précédant les mauvais traitements.

II- PROFESSION DE LA MERE OU DU SUBSTITUT MATERNEL.

- La profession de la mère ou du substitut maternel est mentionnée dans 103 dossiers :

50 femmes sont sans profession

53 femmes exercent une profession mentionnée dans le tableau suivant :

PROFESSION	%
Secrétaires - Employées	27
Femmes de ménage	15
Concierges	15
Aides-soignantes	5
Serveuses - Prostituées	15
Ouvrières	8
Autre Profession	15

Dans l'enquête anglaise de SKINNER et CASTLE (67), le pourcentage des mères travaillant n'est que de 3,8 %.

L'enquête nationale américaine par contre, constate 39 % de mères qui travaillent au moment des mauvais traitements.

- Mode de gardiennage des enfants dont les mères travaillent :

. 21 mères confient leur enfant à une structure extérieure : nourrice à la journée ou à la semaine le plus souvent ;

. 32 mères élèvent leur enfant au foyer malgré leur activité professionnelle. On peut distinguer deux modes de gardiennage à domicile :

L'activité professionnelle de certaines femmes les maintient la plupart du temps au domicile mais est quand même responsable de périodes d'absences plus ou moins longues. C'est le cas des concierges, femmes de ménage, prostituées. Leurs enfants sont élevés en permanence au foyer mais sont souvent laissés seuls et sans surveillance.

D'autres mères ont une activité professionnelle qui les maintient totalement en dehors du domicile pour de longues périodes, mais arrivent à s'organiser avec le conjoint pour

assurer à tour de rôle la garde de l'enfant. C'est le cas de nombreuses ouvrières, aide-soignantes, agents de la RATP, travaillant sous le régime des 3x8.

Obs. n° 23

M. Fabienne, 3 ans, est gardée par sa mère dans la journée. Mme M. est poinçonneuse dans le métro et fait partie de l'équipe de nuit.

Quand elle part travailler vers 17 h., c'est Eric, le frère aîné, âgé de 8 ans, qui garde Fabienne. Le père rentre vers 19 h. et s'occupe des deux enfants.

III- COMPARAISON DES CATEGORIES PROFESSIONNELLES DANS NOTRE ETUDE ET DANS LA POPULATION HOSPITALIERE HABITUELLE.

Nous n'avons retenu que l'étude faite à Bretonneau en 1960, l'étude de 1970 étant trop incomplète pour avoir de la valeur.

1°) Catégorie socio-professionnelle du père ou du substitut paternel.

Catégorie socio-professionnelle	Enquête hospitalière - 1960	Enquête/les enfants victimes de sévices
Ouvriers non spécialisés	56 %	37 %
Ouvriers spécialisés	16 %	32 %
Employés	11,2 %	11 %
Techniciens - Cadres	10 %	12 %
Autre profession	7	8 %

On constate dans les deux enquêtes la prépondérance des enfants issus de milieux ouvriers. Notre population reflète donc sur le plan socio-professionnel, la population hospitalière habituelle.

2°) Catégorie socio-professionnelle de la mère ou du substitut maternel.

Catégorie socio-professionnelle	Enquête hospitalière - 1960	Enquête sur les enfants victimes de sévices
Secrétaires - Employées	19,4 %	27 %
Femmes de ménage Concierges	26,2 %	30 %
Ouvrières	26 %	8 %
Serveuses Prostituées	11 %	15 %
Aide-soignantes	8,7 %	5 %
Autre profession	8,7 %	15 %

En ce qui concerne les mères, nous pouvons donc constater une plus forte proportion de milieux plus favorisés (secrétaires-employées) aux dépens des milieux ouvriers. Par contre, l'importance des concierges, serveuses et prostituées, a retenu notre attention.

D- LOGEMENT

Nous n'avons trouvé aucune information concernant le logement dans 26 observations.

En ce qui concerne les autres observations, nous avons défini 4 catégories de logement d'après les renseignements qui nous étaient fournis :

- l'hôtel meublé ou la chambre de service (sans cuisine)
- la loge de concierge
- le logement de fortune dans lequel nous avons inclus les baraquements des bidonvilles, les autocars et les roulottes aménagées en habitation.

- Enfin, nous avons appelé logement apparemment normal, toute habitation construite en dur et comprenant au minimum 1 pièce et 1 cuisine avec eau courante dans le logement.

I- TYPE DE LOGEMENT

Notre population se répartit comme suit :

Logement	Nbre de familles	%
Hôtel meublé ou chambre de service	19	23
Loge de concierge	6	7
Logement de fortune	8	10
Logement apparemment normal	51	60
TOTAL	84	100

Les autres enquêtes sur les enfants maltraités apportent peu de renseignements en ce qui concerne la qualité du logement de ces familles. RABOUILLE (63), dans la population qu'il a étudiée, rapporte 28,3 % de logements de fortune.

Comparaison des conditions de logement de la population de notre enquête par rapport à l'enquête hospitalière de 1960 :

Logement	Enquête hospitalière - 1960	Enquête sur les enfants victimes de sévices
Logement normal	54 %	67 %
Hôtel meublé Chambre sans cuisine	37 %	23 %
Logement de fortune	9 %	10 %

Il y aurait donc une légère amélioration des conditions de logement de notre population par rapport aux conditions de logement de la population hospitalière de 1960.

II- NOMBRE DE PIECES DANS LE LOGEMENT

Le nombre de pièces n'est précisé que dans 76 observations.

Nbre de pièces	Nbre de familles	%
1	35	46
2	22	27
3	12	15,7
4 et +	7	11,3
TOTAL	76	100

Comparaison avec l'enquête hospitalière de 1960 :

Nbre de pièces	Enquête hospitalière - 1960	Enquête sur les enfants victimes de sévices
1	38,6 %	46 %
2	28,4 %	27 %
3	17,6 %	15,7%
4 et +	15,4 %	11,3%

Si la qualité du logement paraissait en progrès pour notre population par rapport à 1960, par contre l'exiguité est plus importante.

III- SALUBRITE DU LOGEMENT

Elle n'a pu être précisée que dans 59 dossiers :

- 21 familles vivent dans un logement insalubre ;
- 38 familles vivent dans un logement salubre.

V

CIRCONSTANCES DE SURVENUE DES MAUVAIS TRAITEMENTS

Le diagnostic de lésions traumatiques est en règle générale, facile à établir étant donné la multiplicité des lésions que l'on peut observer et qui sont fréquemment associées. Nous avons vu, cependant, dans quelles circonstances cliniques un autre diagnostic peut être envisagé.

Par contre, le diagnostic de mauvais traitements, de sévices corporels, est dans la majorité des cas très difficile à porter, les circonstances des traumatismes restant le plus souvent obscures. Le problème est alors d'interpréter les lésions de l'enfant en fonction du contexte familial et social afin d'aboutir à une évaluation du risque encouru par l'enfant en raison de son entourage.

A- SITUATION DE L'ENFANT LORS DES MAUVAIS TRAITEMENTS

1°) Personnes élevant l'enfant :

Nbre Enfants	Parents exclusivement	Parents + nourrice de jour	Parents + crèche	Parents + nourrice de semaine	Nourrice exclusivement
110	73	8	4	11	14
100 %	66,3 %	7,2 %	3,8 %	10 %	12,7 %

La grande majorité des enfants sont donc élevés par leurs parents à l'époque où ils sont victimes de mauvais traitements.

73 familles prennent en charge complètement leur enfant ; 23 familles se font aider par une structure collective telle que la crèche ou bien plus souvent par une nourrice qui garde l'enfant dans la journée ou pour toute la semaine (dans

ce dernier cas, l'enfant n'est repris par ses parents que les samedi et dimanche) ; enfin, 14 familles se déchargent totalement de la garde de l'enfant et ne voient celui-ci qu'à condition de lui rendre visite.

Agrément des nourrices :

Parmi les 33 nourrices auxquelles les familles avaient recours quel que soit leur mode de gardiennage (de jour, à la semaine ou permanent) :

. 7 étaient des nourrices agrées
. 11 n'étaient pas agrées
. pour les 15 autres, on ignore si elles étaient ou non agrées.

2°) Lieu des mauvais traitements :

- En ce qui concerne les 73 enfants exclusivement élevés par leurs parents, les mauvais traitements ont toujours eu lieu au foyer parental. Ceci est aussi retrouvé dans les autres enquêtes hospitalières françaises, anglaises et américaines (GIL (31), GRISLAIN (35), RABOUILLE (63), LARRY (64), NSPCC (67)).

- Il n'y a que 14 enfants (12,7 %) qui soient totalement élevés en dehors du foyer parental et pour lesquels les sévices ont eu lieu au foyer nourricier. Parmi ces enfants, 4 sont élevés par un membre de la famille maternelle ou paternelle : grands-parents, oncles et tantes qui sont à l'origine des sévices.

- Il reste le problème des 23 enfants (21 %) qui se partagent entre leur milieu familial et un foyer nourricier ou la crèche. Les enfants qui vont en crèche ont toujours été maltraités chez leurs parents.

Parmi les 19 enfants en nourrice :

. 2 ont été maltraités au foyer nourricier
. 2 ont été maltraités au foyer parental
. en ce qui concerne les 15 autres, il est impossible de savoir quel foyer est responsable des mauvais traitements

B- CERTITUDE - PRESOMPTION

Devant un ensemble lésionnel aussi riche, il semblerait que le diagnostic d'enfant victime de mauvais traitements soit aisé. Il n'en est rien.

- Dans 21 observations seulement (19 %), les mauvais traitements sont reconnus par leurs auteurs ou ont fait l'objet d'un flagrant délit.

Obs. n° 1

P. Robert, âgé de 4 ans, est amené par Police Secours, accompagné de sa mère. La police, qui a été prévenue par un coup de téléphone anonyme, s'est présentée dans la famille et a trouvé l'enfant ligoté à une chaise, les pieds et les mains tout blancs et glacés. Cet enfant présente par ailleurs, toute une série de plaies du visage, du tronc et des membres.

Sa mère finit par reconnaître, au cours de l'interrogatoire de police, qu'elle le bat, notamment au moyen d'une ceinture ou d'un fil électrique.

- Dans 30 observations (27 %), les mauvais traitements, bien que non reconnus par leurs auteurs, sont cependant certains.

Ils sont dénoncés par le voisinage, par l'un des conjoints ou par l'enfant quand il est assez grand, et les lésions cliniques sont bien souvent évocatrices de mauvais traitements.

Obs. n° 37

R. Jean, âgé de 5 mois, est amené par sa mère pour un hématome de la cuisse droite.

La mère demande l'hospitalisation de l'enfant parce que le père, éthylique, actuellement en arrêt de travail, ne supporte pas ses cris et le bat.

Obs. n° 38

L. Pierre, 13 mois, est hospitalisé pour syndrome de Silverman associant un décollement épiphysaire de l'humérus, des fractures diaphysaires et des arrachements métaphysaires (8 fractures au total).

Les conditions sociales sont désastreuses : parents éthyliques, mère débile, cohabitation dans des locaux exigus et insalubres, 5 enfants de 3 pères différents. Une belle-soeur dénonce de façon explicite les sévices exercés à l'encontre de Pierre.

Malgré le faisceau d'arguments, les deux parents interrogés nient tout mauvais traitement. La mère, en particulier, déclare : "Pierre est très gentil, personne ne l'a jamais brutalisé, ni mon ami ni moi-même n'avons jamais fait de mal à nos enfants, nous les aimons trop pour cela".

L'enfant sera tué par sa mère 3 ans plus tard.

Obs. n° 12

B. Sylvia, 4 ans 1/2, présente des ecchymoses multiples, 4 fractures de membres et un hématome sous-mésencolique qui entraîne une splénectomie. A l'hôpital, l'enfant déclare être battue par son beau-père.

Malgré les interrogatoires, ce dernier nie toute brutalité et prétend que les lésions de Sylvia sont secondaires à une chute sur le parquet.

- Donc, dans plus de la moitié des cas, 59 observations (54 %), les mauvais traitements sont seulement présumés :

.. 22 fois sur les lésions cliniques et l'enquête sociale,

.. 37 fois sur le seul tableau clinique.

1°) Mauvais traitements soupçonnés sur les lésions cliniques et l'enquête sociale.

Obs. n° 18

B. Saïd, 20 mois, est hospitalisé pour une hypotrophie sévère, de nombreuses lésions cutanées : ecchymoses et brûlures (évoquant des brûlures de cigarette). La radiographie de la face met en évidence des fractures des alvéoles des incisives inférieures.

A l'hôpital, l'enfant semble craintif et terrorisé quand sa mère s'approche de lui.

La mère déclare : "Saïd est très faible, très fragile, le moindre heurt lui laisse un bleu. Quand il joue avec sa soeur, ils se mordent mutuellement et se cognent car l'appartement est trop petit. En tous cas, ni mon mari, ni moi, n'avons jamais battu nos enfants et en particulier celui-ci. Je le surveille tout le temps puisque je suis toujours à la maison. Il y a quelques jours, cependant, Saïd est tombé dans les escaliers".

Le père déclare : "Il n'y a que 15 jours que Saïd est à la maison, je n'avais remarqué aucune anomalie à son retour. Je n'incrimine personne, il est tellement fragile qu'il a bien pû se cogner contre son lit et se blesser lui-même."

Les enquêtes du voisinage sont discordantes :

- une voisine témoigne : "Saïd avait l'air craintif, terrorisé dès le matin, restait des heures sur son pot. Sa mère le tirait par le bras, le frappait pour le faire manger. Le père ne brutalisait jamais l'enfant."
- une autre voisine témoigne : "Les parents B.... ne maltraitent jamais leurs enfants, par contre, j'ai vu Saïd tomber l'autre jour dans les escaliers."

Sur les antécédents de cet enfant, on apprend qu'il s'agit d'un enfant prématurément placé jusqu'à l'âge de 8 mois, repris par ses parents et placé à l'ASE au bout de 1 mois ; repris de nouveau à 13 mois, mais hospitalisé quelques jours après pour une fracture de l'humérus et du crâne. Cette hospitalisation est suivie d'un nouveau séjour en pouponnière de 6 mois. L'enfant n'était que depuis 15 jours chez ses parents.

Obs. n° 10

Laure, 10 mois, est hospitalisée pour un hématome sous-dural sans fracture du crâne. L'interrogatoire ne retrouve aucune notion de traumatisme ni de chute. On conclut à un hématome sous-dural idiopathique.

Or, deux mois plus tard, on apprend l'hospitalisation de la soeur jumelle, Lydie, pour un hématome sous-dural associé à des hématomes et à de nombreuses fractures :

- fracture du pariétal droit
- fracture du radius gauche
- fracture métaphysaire de l'extrémité inférieure du fémur droit
- fracture et apposition périostée de l'extrémité inférieure du tibia droit.

La structure osseuse est normale. On ne retrouve aucune notion de traumatisme, ni de chute.

L'enquête nous apprend que ces deux enfants, nés prématurément, ont été placés en pouponnière à la sortie du centre de prématurés.

Dès l'admission, les parents demandent que les enfants restent placés le plus longtemps possible. Il y a eu des difficultés à la sortie, le père repoussant la date au maximum. Les enfants ont reçu peu de visites pendant leur séjour. Elles ont finalement été reprises à l'âge de 8 mois.

Interrogée, la mère déclare : " j'ignore absolument la cause de ces fractures et de ces hématomes. Je pense que Lydie a dû se cogner au cours de ses convulsions. Je tiens à préciser que je n'ai jamais maltraité mes enfants en aucune manière."

Obs. n° 19

G. Thierry, 3 ans, est hospitalisé pour une hématurie et un syndrome infectieux.

L'examen de l'enfant montre l'existence de brûlures anciennes des deux pieds pour lesquelles l'enfant avait été hospitalisé et avait même dû subir une amputation des orteils quand il avait 2 ans 1/2.

Une radiographie systématique du squelette permet de découvrir une fracture du crâne.

Au cours d'un entretien avec le médecin s'occupant de l'enfant, la mère raconte sans aucune émotion les circonstances de la brûlure : l'enfant serait monté seul dans la baignoire pour se laver et aurait fait couler une eau brûlante. Apprenant la découverte de la fracture du crâne, elle ne manifeste aucun étonnement : "pourtant, on ne tape jamais les enfants sur la tête".

Obs. n° 39

G. Rosan, 5 ans I/2, est hospitalisé pour une plaie de l'index gauche sur la demande de l'école.

L'enfant est couvert d'ecchymoses et surtout de multiples cicatrices évoquant des plaies ou des brûlures. L'assistante sociale de l'école précise que l'enfant a toujours l'air affamé et mange les restes sur les tables après le repas.

Au cours d'une visite, la mère déclare à l'assistante sociale : "les lésions de Rosan sont dûes à des piqûres d'insectes, je ne bats pas mes enfants", mais comme les infirmières se plaignaient de la turbulence de Rosan, elle ajoute "je vous conseille de le battre".

Obs. n° 40

C. Agnès, 8 mois, est hospitalisée pour un hématome sous dural. C'est une enfant d'allure craintive et misérable. Il n'y a aucune fracture, aucune lésion cutanée. On ne retrouve aucune notion de traumatisme.

A l'hôpital, l'enfant s'épanouit et prend très vite du poids.

L'assistante sociale connaît la famille : il y a une mésentente conjugale certaine et la mère semble très soucieuse du comportement de son mari. Les renseignements concernant le père sont unanimement défavorables.

Apprenant l'existence d'un hématome sous-dural chez Agnès et la suspicion d'une origine traumatique, la mère défend son mari et précise qu'il aime beaucoup ses enfants.

Dans toute cette série d'observations, aucun argument ne permet d'avoir la certitude sur les mauvais traitements ni sur leurs auteurs. Mais, nous sommes frappés par l'absence ou par l'incohérence des explications données par les parents pour justifier l'état de leur enfant ainsi que par les contradictions entre deux interrogatoires successifs.

Un autre fait nous semble notable, c'est la tendance spontanée avec laquelle les parents, allant au devant de toute question de la part du médecin ou de l'assistante sociale, spécifient qu'ils ne frappent jamais leur enfant.

2°) Mauvais traitements soupçonnés sur le seul tableau clinique.

Il faut rappeler à ce propos que nos premières observations ont été recueillies rétrospectivement à la lumière des observations récentes mais n'ont fait l'objet d'aucune enquête à l'époque. Il s'agit en grande majorité d'enfants ayant un hématome sous-dural ou une fracture isolée.

A l'opposé, certaines observations récentes, en raison de l'importance des lésions cliniques, évoquaient à tel point des mauvais traitements, qu'une enquête judiciaire a été déclenchée mais a abouti à un non-lieu. Notre soupçon reste donc fondé uniquement sur les lésions de l'enfant.

- Observations sans enquête. Mauvais traitements soupçonnés uniquement sur les lésions cliniques :

Obs. n° 30

T. Leilie, 14 mois, est hospitalisée pour un hématome sous-dural, sans notion de traumatisme, ni de chute.
Après guérison de l'hématome, elle est rendue à sa famille. Elle est réhospitalisée 4 mois plus tard pour une fracture des deux os de l'avant-bras.

Obs. n° 34

A. Michel, 6 mois, est hospitalisé pour deux crises convulsives successives. L'examen permet de déceler un hématome sous-dural bilatéral. La radiographie du squelette révèle une fracture des deux os de l'avant-bras droit et de l'avant-bras gauche. Il n'y a pas de fracture du crâne.

L'enfant est transféré en neurochirurgie où on procède à une évacuation chirurgicale de l'hématome mais il décède dans les suites opératoires.

Cette observation date de janvier 1960. L'enfant était en nourrice depuis 1 mois, on n'a aucune notion de chute ni de traumatisme. On a conclut à un hématome sous-dural idiopathique malgré l'association à des fractures des membres et aucune enquête n'a été entreprise.

Obs. n° 41

K. Evelyne, 4 mois, est hospitalisée pour des tâches purpuriques et des ecchymoses sur le visage d'apparition récente.

L'examen constate en fait des ecchymoses multiples sur le cou et le visage, deux hématomes bilatéraux des régions pariéto-occipitales.

Les examens complémentaires conduisent au diagnostic d'hématome sous-dural avec fracture bilatérale des pariétaux.

L'évolution est très satisfaisante.

Cette observation date de 1959. L'enfant était élevée par sa mère. On n'a aucune explication concernant l'état de l'enfant. Aucune enquête n'est entreprise. L'enfant est rendue à sa famille et n'a jamais été revue depuis.

Obs. n° 42

F. Djamel, 30 mois, est hospitalisé pour une hypotrophie (8 Kg, 800), de nombreuses ecchymoses disséminées sur tout le corps, certaines évoquant un pinçon, de multiples griffures sur le visage et une plaque d'alopécie.

La radiographie du squelette est normale.

La mère rend les frères et soeurs de Djamel responsables de l'état de celui-ci.

A l'entrée, il est noté que Djamel est un enfant triste, apeuré, qui a l'air anxieux.

L'évolution est spectaculaire. En 8 jours, Djamel prend 1 kg, 500. Les ecchymoses disparaissent et ne se reproduisent pas, les traces de griffures s'effacent. Djamel s'épanouit, devient très souriant et sociable.

L'assistante sociale de l'hôpital voit la mère. Celle-ci lui fait bonne impression mais semble débordée par ses 5 enfants et une grossesse en cours.

L'enfant est rendu à sa famille avec une surveillance exercée par l'assistante sociale de secteur. Une liaison avec

cette dernière, un an plus tard, nous apprend que la situation a favorablement évoluée. La mère a accouché de son sixième enfant. Djamel n'a jamais été ni réhospitalisé, ni placé.

- Observations où, malgré des lésions cliniques très importantes l'enquête a abouti à un non lieu :

Obs. n° 43

B. Patrice, 5 mois, est hospitalisé par ses parents pour un état de mal convulsif. Les examens confirment l'existence d'un hématome sous-dural avec hémorragies profuses au Fond d'Oeil et altérations majeures de l'E.E.G.

A cet hématome sous-dural, sont associées : une tuméfaction pariétale du cuir chevelu, des ecchymoses diffuses de la région nasale, sous-auriculaires et cervicale, des fractures du crâne en damier, surtout au niveau des deux pariétaux une fracture ancienne du 1/3 inférieur du cubitus gauche.

Enquête sociale et psychologique :

L'interrogatoire des parents ne révèle absolument rien. La mère a toujours gardé son enfant, ne l'a jamais confié même pour quelques heures. Elle ne s'explique pas la fracture du bras, se demande si la fracture du crâne n'aurait pas pû se produire parce que l'enfant se serait cogné contre les barreaux de son lit.

Un certificat médical ayant été adressé au service de Protection Maternelle et Infantile, celui-ci a transféré le cas au juge des enfants. L'enfant est consigné à l'hôpital.

Un examen psychiatrique des parents conclut :

"Le passé des deux parents, ainsi que les éléments de leur psychologie apparus en cours d'examen, ne dénotent pas de structure pathologique ni de relations difficiles avec qui que ce soit. Mme B... paraît plus épanouie, plus ouverte. Mr. B.. est certainement tendu, nerveux, difficile, mais rien ne permet de conclure qu'il soit capable de violences graves sur son enfant".

Les parents étaient très dépressifs à l'idée qu'on puisse ne pas leur rendre leur enfant. Sur la demande du service hospitalier, la consigne est levée et l'enfant est rendu à sa famille sous réserve qu'il soit suivi régulièrement à la consultation de l'hôpital.

L'enfant et sa mère sont revus à intervalles réguliers, depuis 1 an. L'évolution clinique de l'enfant est satisfaisante avec persistance de discrètes altérations de l'E.E.G., d'un léger retard moteur. Son QD est estimé à 80 lors du dernier examen psychologique. Mme B... qui parle toujours de l'enquête policière reste très dépressive, se sent traquée, s'ennuie chez elle et fait part de son désir de reprendre une activité salariée et de mettre l'enfant à la crèche.

Il est tentant de considérer qu'il s'agit soit d'un accident, soit d'une décharge agressive isolée de la part d'un des parents ou d'une tierce personne que ceux-ci ne veulent pas dénoncer.

En fait, cette observation reste très mystérieuse et l'évolution favorable aurait tendance à nous faire croire à un banal accident et nous faire déplorer tous les signalements enquêtes et interrogatoires soupçonneux qui ont été faits à l'époque. Cependant, on ne pouvait qu'être troublé par la discordance flagrante entre les constatations cliniques et les données de l'interrogatoire des parents.

Obs. n° 9

D. Linda, 6 semaines, est hospitalisée pour troubles respiratoires. L'histoire de la maladie est la suivante :

En l'absence de la mère, le père donne le biberon lorsque, brusquement, l'enfant se met à étouffer, devient bleue, tousse, a les yeux révulsés.

A l'entrée : toux et polypnée intense sans température, symptomatologie fonctionnelle importante, évolution lente vers la régression. Le diagnostic de sortie est : fausse route.

Deuxième hospitalisation à l'âge de 4 mois pour un tableau fonctionnel identique sans explication.

Troisième hospitalisation à 4 mois 1/2 pour détresse respiratoire intense accompagnée de sensation tactile de crépitation thoracique et de la découverte radiologique de 18 fractures de côtes dont 5 anciennes passées inaperçues lors du précédent séjour.

Le problème d'un "syndrome d'enfant maltraité" se pose alors. Les parents ne peuvent en effet fournir aucune explication valable pour ces lésions manifestement traumatiques.

L'opinion de l'assistante sociale est tout à fait favorable. La mère, Algérienne de 22 ans, en France depuis 2 ans, est intelligente, s'exprime parfaitement en français, paraît très attachée à l'enfant qu'elle visite chaque jour. C'est son premier enfant.

Le père, également Algérien, serait attaché à l'enfant. Seul le logement exigu, vétuste et sans confort laisse à désirer.

De l'entretien de cette mère avec une psychologue, nous retiendrons cependant les éléments suivants :

- C'est une femme très déprimée, sa grossesse n'a pas été désirée car elle était célibataire au moment de la conception et, dit-elle, "dans notre religion, les rapports sexuels avant le mariage sont un péché, mes frères sont repartis en Algérie en me maudissant".

Cette grossesse a été très difficile avec vomissements incoercibles, l'accouchement long, douloureux, par forceps. Elle s'est mariée à 2 mois 1/2 de grossesse mais elle paraît avoir peu de soutien de son mari : "il ne comprend pas comme moi, il n'a pas accepté l'enfant qu'il ressent comme une charge".

- Elle a gardé l'enfant deux mois avec elle puis l'a confié à la crèche, mais le bébé faisant des rhinopharyngites à répétition, la mère a dû le garder chaque fois et a, de ce fait, perdu son emploi salarié. Elle voudrait bien garder son bébé mais il faut qu'elle travaille.

- Au cours de l'entretien, cette femme se met à pleurer, dit que la vie est trop pénible, qu'elle se sent isolée.

La psychologue conclut que cette femme aime son enfant, qu'il est peu probable que celui-ci ait subi des mauvais traitements mais que, devant des difficultés réelles, elle réagit très mal et qu'elle aurait besoin d'une aide sociale et psychologique.

On décide, à la sortie de l'hôpital, de rendre l'enfant aux parents sous la surveillance d'une puéricultrice visiteuse. Celle-ci ne signale rien d'anormal, la mère s'occupe bien de l'enfant, le père n'est pratiquement pas vu. Le contrôle hospitalier cesse au bout de 1 mois.

Quatrième hospitalisation :

A l'âge de 8 mois, la fillette est amenée par le père au service d'O.R.L. en vue d'une adénoïdectomie. L'enfant est alors en excellent état et tout se passe normalement mais, le jour même, Linda est ramenée à l'hôpital par son père dans un état de mal convulsif et présentant : un volumineux hématome de la joue, du front et du menton ; des ecchymoses multiples des membres ; des F.O. hémorragiques.

La ponction lombaire, les ponctions sous-durale et la ponction ventriculaire font la preuve d'une hémorragie cérébro-méningée qui va laisser des séquelles définitives.

Le second enfant de la même famille est amené à l'hôpital, un an plus tard. C'est un nourrisson de 3 mois, décédé à son arrivée.

Les parents déclarent qu'ayant laissé l'enfant dans son berceau avec un biberon de lait pour s'endormir, ils l'ont retrouvé sans connaissance à leur retour. L'autopsie du bébé révèle un hématome du cuir chevelu ; une fracture du crâne ; un hématome sous-dural.

L'erreur de jugement dont toute l'équipe hospitalière fut ici responsable, découle d'une double cause :

- une importance insuffisante accordée à l'étrangeté du tableau clinique lors de la troisième hospitalisation ;

- une appréciation erronée du comportement psychologique de la mère qui, dépressive et culpabilisée, subissait en fait la pression de son mari, seul responsable des décharges agressives et peut-être animé d'une véritable intention homicide à l'égard de ses deux enfants.

Il existe une corrélation entre le type de lésion présentée par l'enfant et la plus ou moins grande difficulté avec laquelle est porté le diagnostic de sévices.

Présomption des sévices	H.S.D.	Lésions tégum. avec ou sans fracture	Syndrome de Silverman	Fracture isolée
Sévices certains	30 %	70 %	70 %	25 %
Sévices présumés	70 %	30 %	30 %	75 %

C'est ainsi que les sévices sont plus souvent certains lors de lésions tégumentaires et de fractures multiples que lors des hématomes sous-duraux et des fractures isolées.

La corrélation entre l'âge de l'enfant et la certitude des sévices, qui est également significative, n'est qu'une manière différente d'analyser le même problème étant donné la prépondérance des hématomes sous-duraux chez les enfants de moins de 1 an.

Présomption des sévices	0 à 1 an	1 à 6 ans
Sévices certains	25 %	60 %
Sévices présumés	75 %	40 %

Les manifestations cliniques du syndrome de l'enfant maltraité sont donc des "signes". Il importe de les rechercher, de les découvrir, de les interpréter mais ils ne prennent de valeur qu'à l'intérieur du contexte qui les englobe et leur donne leur vraie signification.

On peut conclure qu'en dehors des cas avoués ou dénoncés la suspicion de mauvais traitements repose sur 3 éléments principaux :

- Le caractère et l'association des lésions cliniques :

Aucune lésion observée isolément n'est spécifique mais certaines localisations nous paraissent significatives.

- L'évolution rapidement favorable au cours de l'hospitalisation des lésions tégumentaires, des fractures et des troubles de l'état général.

- Enfin, les données de l'interrogatoire caractérisées par :

. la négation de tout traumatisme ou accident ;

. la discordance entre les constatations cliniques et les explications fournies ;

. la contradiction parfois d'un interrogatoire à un autre ;

. enfin, lorsque la réalité d'un traumatisme ne peut être nié, la facilité avec laquelle les parents ou la nourrice rendent un tiers responsable des lésions de l'enfant ou encore invoquent une anomalie : troubles de l'équilibre, fragilité capillaire qui ne sont pas retrouvés lors de l'hospitalisation.

C- AUTEURS DES MAUVAIS TRAITEMENTS

Dans 23 observations, il a été impossible de déterminer l'auteur des mauvais traitements.

Dans 87 observations, l'auteur a pu être connu ou présumé :

Auteur	Nbre de cas
Mère	48
Père	16
Père + Mère	7
Nourrice	16

Cette nette prépondérance de la mère comme auteur des mauvais traitements peut s'expliquer en partie par :

- le jeune âge de l'enfant,
- le fait, que dans les 3/4 des cas, l'enfant vit au foyer parental, donc est gardé essentiellement par la mère.

En revanche, l'étude plus approfondie des observations laisse présumer dans beaucoup de cas, une responsabilité partagée avec une connaissance des faits de la part du conjoint.

L'étude de la NSPCC (67) constate aussi que les mères sont plus souvent responsables des sévices que les pères : 42 mères pour 33 pères.

Par contre, les études américaines apportent des résultats opposés : pour L. SILVER (64), les pères sont à l'origine des sévices, deux fois plus souvent que les mères. Quant à GIL (31), il trouve que la mère est responsable dans 47,6 % des cas alors que le père n'est l'auteur des sévices que dans 39,2 % des cas, mais, comme 29,5 % des enfants vivent dans un foyer sans père ni substitut paternel, il estime que, lorsqu'il y a un père ou un beau-père au foyer, celui-ci est à l'origine des sévices dans 2/3 des cas.

D- MODALITES DES MAUVAIS TRAITEMENTS

Souvent il est difficile de faire la part entre l'intention agressive, l'accident par négligence et le manque de soin dans les modalités des mauvais traitements.

1°) L'intention agressive :

Un comportement agressif isolé a été relevé dans 28 observations (26 %) comme seul responsable des lésions de l'enfant. IL correspond aussi bien aux actes de sadisme, responsables de certaines brûlures volontaires (application d'un fer à repasser, d'un tisonnier, brûlures de cigarette) mais qui sont parmi les cas les plus rares dans nos observations qu'aux comportements brutaux d'une mère ou d'un père qui reconnait manquer de patience et ne pas savoir "maîtriser ses nerfs".

Il s'agit dans tous les cas d'enfants bien portants propres, non négligés.

Obs. n° 47

C. Sylvia, 4 mois, est hospitalisée pour de nombreuses fractures de côtes et une fracture du radius droit.
La mère déclare à l'arrivée, que la nourrice a dû serrer trop fort l'enfant dans ses bras mais elle est très anxieuse demande si on va lui retirer l'enfant et elle signale la grande nervosité de son mari. Celui-ci déclare quelques jours plus tard: "je garde ma fille de 19 h,30 à 24 h. depuis que ma femme travail le. Je l'aime et le fais avec plaisir, mais Sylvia est très nerveuse. Un soir, j'étais très énervé, elle ne voulait pas boire son biberon, je l'ai malmenée en la secouant et en la serrant entre mes mains, puis je l'ai laissée retomber brutalement sur le lit qui est en bois".

Obs. n° 12

Sylvie B..., 4 ans 1/2, présente des ecchymoses multiples, 4 fractures des membres et un hématome sous-mésocolique qui entraîne une splénectomie.
A l'hôpital, l'enfant déclare être battue par son beau-père. Malgré les interrogatoires, ce dernier nie toute brutalité et prétend que les lésions de Sylvie sont secondaires à une chute sur le parquet.

2°) Accident par négligence :

Un traumatisme accidentel, seul responsable de lésions de l'enfant est retrouvé dans 10 observations (9 %).

Il s'agit dans ces cas, d'enfants en bon état général, épanouis, ne semblant pas victimes de mauvais traitements à proprement parler, de la part de leur entourage.

Dans certaines observations, l'accident n'est pas reconnu d'emblée mais avoué secondairement lors d'interrogatoires répétés de la famille. Il arrive aussi que l'enfant soit confié avec retard à un médecin. Ces cas nous ont paru suspects car ils sont contraires à l'attitude habituellement observée en matière d'accident où se mêlent affolement, précipitation et aveux coupables.

Obs. n° 44

Nathalie, 3 mois, est hospitalisée pour une crise convulsive suivie d'un coma post-critique. L'enfant est en bon état général, elle est en nourrice à la semaine depuis 1 mois.

L'interrogatoire de la nourrice ne révèle aucune notion de chute ni de traumatisme. La mère semble d'emblée méfiante à l'égard du mari de la nourrice et pense qu'un traumatisme ou un accident n'est pas impossible.

Les examens complémentaires mettent en évidence un hématome sous-dural. Il n'y a pas de fractures.

Deux jours plus tard, la nourrice précise que l'enfant serait tombée de la hauteur d'une table le matin même de son hospitalisation.

Dans d'autres observations, l'accident est immédiatement reconnu mais la multiplicité des lésions, le caractère répétitif des traumatismes accidentels, laissent penser que la sécurité de l'enfant est gravement compromise par la négligence de son entourage.

Obs. n° 45

Anita R., 10 mois, est hospitalisée pour perte de connaissance avec révulsion oculaire. On note des ecchymoses importantes sur les deux joues évoquant un pinçon et des ecchymoses sur le siège.

La radiographie du squelette découvre une fracture ancienne de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe droite. Il n'y a pas de fracture du crâne. Le Fond d'Oeil est hémorragique. On met en évidence un hématome sous-dural.

L'interrogatoire révèle qu'Anita était gardée par sa jeune tante de 9 ans et serait tombée lorsque celle-ci a baissé les barreaux de son lit pour la lever. Un frère de 3 ans, jaloux et agressif serait responsable des ecchymoses de l'enfant.

Il s'agit d'une famille de gitans vivant dans 3 roulottes sur le même terrain. Cette famille totalise 13 enfants de 10 mois à 15 ans. Les rapports affectifs sont très bons, les enfants très épanouis, mais la surveillance et l'hygiène laissent à désirer.

3°) Le manque de soin :

Nous appelons manque de soin une carence concernant l'alimentation, l'hygiène physique et la surveillance médicale de l'enfant.

Ceci a été retrouvé comme unique motif de l'hospitalisation chez 10 enfants (9 %).

Obs. n° 17

Habib L., 26 mois, est hospitalisé pour une hypotrophie. Né à terme avec un poids de naissance de 3 kg, 800 il pèse lors de l'hospitalisation 5 Kg, 600 pour une taille de 69,5 cm.

A l'examen, dénutrition extrême et retard moteur. Aucune trace de traumatisme, aucune explication n'est donnée à cette dénutrition. Sous l'effet d'un régime équilibré, l'enfant reprend 1 kg, 500 en 1 mois.

Enquête sociale : la mère a 30 ans, débile, peu évoluée a déjà 6 enfants. Elle finit par reconnaître son incapacité à s'occuper d'Habib.

4°) Ces trois facteurs : agression, accident par négligence, manque de soin, sont associés dans 36 observations (32,5 %).

Il s'agit d'enfants vivant dans des milieux très pathogènes avec une carence dans tous les domaines (carence affective, éducative, alimentaire) et où les lésions traumatiques sont à la fois dûes à des sévices corporels volontaires et à des accidents par manque de surveillance.

Obs. n° 46

Corinne G., 10 mois, poids de naissance de 2 Kg,800 hospitalisée pour dénutrition, pèse à l'entrée dans le service 5 Kg,300 ayant perdu 2 Kg en deux mois.

Elle présente un état de dénutrition importante, des ecchymoses au niveau du visage et une large brûlure du 2ème degré de la paroi abdominale antérieure.

Que l'enfant ait été victime de négligences graves et d'agressivité de la part de ses parents ne fait pas de doute. L'origine de la brûlure en revanche, est vraisemblablement accidentelle (chute d'une casserole d'eau bouillante).

Obs. n° 18

Salim B., 20 mois, est hospitalisée pour hypotrophie dans un état de saleté impressionnant, couvert d'ecchymoses, ayant une fracture des alvéoles des incisives inférieures.

Cet enfant a connu 6 placements : en pouponnière, au dépôt, en nourrice, depuis sa naissance. Il n'a été repris qu'à 19 mois (ne parlant pas l'Arabe) par ses parents, soit 15 jours avant d'être hospitalisé.

Le père et la mère nient tout sévice et mettent les lésions de l'enfant sur le compte de sa turbulence, de celle des autres enfants et de l'exiguité du logement.

5°) Enfin, dans 26 observations (23,5 %) qui correspondent à des ecchymoses, des hématomes sous-duraux, à des fractures isolées ou à des brûlures, l'interrogatoire des parents et l'enquête sociale quand elle a eu lieu, ne permettent pas de savoir si l'enfant a été victime de brutalités volontaires, d'un accident passé inaperçu ou nié par les parents.

Obs. n° 48

Nathalie R., 2 mois, hospitalisée par la mère pour déformation de la cuisse gauche, présente une fracture diaphysaire du fémur avec déplacement et un arrachement métaphysaire des tibias. Aucune étiologie n'est retrouvée.

L'enfant est placée chez une nourrice non déclarée. La mère est prostituée et a déjà abandonné ses 6 premiers enfants Les deux femmes s'accusent mutuellement d'être à l'origine du traumatisme.

Obs. n° 49

Danielle A., 28 mois, hospitalisée pour brûlure des deux mains par eau bouillante, brûlures du second degré. Il existe en plus un oedème important des mains qui paraît antérieur aux brûlures.

La mère reconnaît avoir frappé l'enfant sur les mains pour la punir de son encoprésie puis, comme les mains enflaient les lui avoir mises dans de l'eau chaude.

Obs. n° 43

Patrice B., 7 mois, est hospitalisé pour un hématome sous-dural avec fractures multiples du crâne et fractures anciennes du cubitus.

Les parents nient tout traumatisme, tout accident. L'enfant n'aurait jamais été confié à quelqu'un d'autre que sa mère.

Faute de preuves, l'enfant est rendu à sa mère et revu régulièrement à la consultation. Son développement est tout à fait satisfaisant, les relations mère-enfant paraissent normales.

VI

DEVENIR DES ENFANTS AU SORTIR DE L'HOPITAL

La destination de l'enfant à sa sortie de l'hôpital, dépend du type d'enquête qui a été effectuée et des résultats de cette enquête.

- Lorsqu'il n'y a pas eu d'enquête judiciaire, l'enfant retourne au foyer, en nourrice, parfois provisoirement en établissement de convalescence et il est uniquement sous la surveillance des structures sociales de secteur : puéricultrice visiteuse et assistante sociale. L'assistante sociale de secteur ou la Protection Maternelle et Infantile peuvent cependant demander que soit entreprise une action éducative en milieu ouvert qui réalise une prise en charge plus réelle et efficace de la famille mais, comme les autres modes de contrôle par puéricultrice visiteuse ou assistante de secteur, l'Action Educative en Milieu Ouvert ne peut être réalisée que si elle est acceptée par la famille : elle ne revêt aucun caractère autoritaire.

- Lorsqu'il y a eu une enquête auprès du tribunal, c'est au juge des enfants que revient la décision sur le devenir de l'enfant. Il peut décider du maintien de l'enfant dans sa famille, sans autre surveillance que celle effectuée par les structures sociales locales ou, au contraire, faire entreprendre une action éducative en milieu ouvert par des assistantes sociales spécialisées. Celle-ci revêt par contre, un caractère autoritaire.

- Enfin, lorsqu'une Action Educative en Milieu Ouvert n'est pas réalisable et que le maintien de l'enfant au foyer risque de lui faire courir un trop grand danger, le juge des enfants confie l'enfant à l'Aide Sociale à l'Enfance, en garde provisoire ou en garde définitive. Dans ce dernier cas, il peut même déchoir les parents de leurs droits de puissance parentale à l'égard de cet enfant.

Nous avons étudié le devenir à la sortie de l'hôpital de 105 enfants (car, en ce qui concerne 1 enfant, nous ignorons ce qu'il est devenu après l'hospitalisation et les 4 autres correspondent aux 4 décés).

DEVENIR		Foyer parental		Nourricea		Etablis. Médico-Social		A.S.E.	
Nbre Enfants	%	Nbre Enfants	%	Nbre Enfants	%	Nbre Enfants	%	Nbre Enfants	%
105	100	59	56,2	4	3,81	26	24,76	16	15,23

Corrélation entre le devenir de l'enfant à la sortie de l'hôpital et la certitude ou la présomption des mauvais traitements :

DEVENIR / PRESOMPTION DES SEVICES	Foyer parental		Nourrice		Etablis. Médico-Social		A.S.E.	
	Nbre Enfants	%	Nbre Enfants	%	Nbre Enfants	%	Nbre Enfants	%
Sévices certains	14	26	2	50	19	73	16	100
Sévices présumés	45	74	2	50	7	27	0	0

Nous avons étudié de façon plus détaillée parmi les enfants victimes de sévices certains, ceux qui ont été rendus à leurs parents et ceux qui ont été placés, puis, en ce qui concerne ceux pour lesquels les sévices n'étaient que présumés, nous nous sommes intéressés seulement aux enfants qui n'ont pas été rendus à leurs parents.

1°) Etude des enfants qui sont retournés au foyer malgré la certitude qu'ils avaient été victimes de sévices : ceci concerne 14 enfants.

Pour l'un d'eux, le problème fut relativement simple puisqu'il s'agissait d'un sévice certain au foyer nourricier ; la mère a donc simplement repris son enfant chez elle à la sortie de l'hôpital.

3 enfants ont été rendus sans aucune mesure de surveillance ; pour un de ces enfants, une récidive a conduit à déclencher une enquête judiciaire et à consigner l'enfant qui a été placé à l'Aide Sociale à l'Enfance par la suite.

Les 10 autres enfants ont été rendus à leur foyer avec une mesure de surveillance de l'enfant :

. pour 5 d'entre-eux, il s'agissait d'une mesure d'action éducative en milieu ouvert ; l'une aboutit à un échec et, après récidive des sévices, à une séparation totale du foyer ;

. les 5 autres enfants ont été l'objet d'une surveillance moins étroite par l'intermédiaire d'une crèche, de la Protection Maternelle et Infantile, de l'Assistante Sociale de Secteur, de la consultation d'hygiène mentale. Pour l'un d'eux, une récidive aboutit à une séparation complète du milieu familial.

2°) Etude des enfants dont les sévices sont certains et qui ne sont pas rendus à leurs parents à la sortie d'hôpital : ceci concerne 34 enfants.

La décision de ne pas rendre l'enfant à ses parents au sortir de l'hôpital a été prise par un juge des enfants dans 33 cas à la suite d'une enquête faite par la Brigade de Protection des Mineurs.

Il n'y a qu'un enfant pour lequel la décision a été prise à l'échelon du service social de la Protection Maternelle et Infantile. Il s'agit d'ailleurs d'une séparation provisoire en raison d'un surmenage de la mère. L'enfant a été ultérieurement rendu à ses parents et la situation semble s'être bien améliorée.

Sur les 33 enfants :

. 1 enfant a été confié par le juge à un membre de sa famille ;

. 5 enfants ont séjourné pendant une longue période (de 6 mois à 1 an) en pouponnière, au dépôt ou en établissement de convalescence. On a appris que, par la suite, le juge des enfants avait remis 3 d'entre-eux à leur famille mais nous n'avons aucun renseignement concernant l'évolution de la situation depuis le retour de ces enfants dans leur foyer.

. les 27 autres enfants ont été placés par ordonnance judiciaire en garde provisoire ou en garde définitive dans une famille nourricière dépendant de l'Aide Sociale à l'Enfance. Nous ignorons si ces enfants sont toujours placés ou si les parents les ont réclamé ultérieurement en cas d'ordonnance de placement provisoire. Cette décision peut, en effet, être reconsidérée par le juge à la demande des parents.

3°) Etude des enfants qui n'ont pas été rendus à leur foyer bien que les sévices n'aient été que présumés : ceci concerne 9 enfants.

Pour 2 d'entre-eux, il s'agissait d'enfants en nourrice. Les sévices présumés s'étant produit lors d'un séjour chez les parents, les enfants ont été à nouveau confiés aux nourrices antérieures.

Les 7 autres enfants, à la sortie de l'hôpital, ont été confiés à un établissement de convalescence ou à une pouponnière et ceci pour un temps provisoire de 1 à 3 mois au bout duquel ils devaient être normalement repris par leurs parents.

VII

PERTURBATIONS FAMILIALES

L'étude des perturbations familiales à partir de 110 observations a été difficile à réaliser et est relativement superficielle étant donné l'absence d'examen systématique de la personnalité des parents.

Nous avons cependant relevé dans les observations, tous les éléments pouvant révéler un comportement sociopathique ou psychopathique caractérisé ou d'autres troubles plus masqués de la personnalité ainsi que les antécédents judiciaires des parents.

Nous rapporterons ces résultats et nous les commenterons en nous appuyant sur les études antérieures portant sur la personnalité des parents maltraitants.

I- ELEMENTS POUVANT REVELER UN COMPORTEMENT SOCIOPATHIQUE OU PSYCHOPATHIQUE.

1°) La débilité :

La débilité est mentionnée dans 30 observations : 25 fois à propos de la mère ; 5 fois à propos du père.

Ce qualificatif ne repose sur aucun examen objectif, à l'aide de tests par exemple. Cette opinion mentionnée dans l'observation médicale ou le dossier social, résulte des contacts entre médecins et assistantes sociales avec le père ou la mère de l'enfant. C'est dire le caractère subjectif et parfois très superficiel de cette discrimination.

Dans cette notion de débilité, interviennent à des degrés divers, la pauvreté de l'expression verbale, un comportement infantile, la suggestibilité, la passivité, l'absence de projets, les erreurs grossières dans les soins donnés aux enfants et les difficultés d'adaptation à la vie sociale.

La forte proportion de mères débiles paraît avant tout, dûe au fait qu'à l'hôpital, les médecins ou assistantes sociales ont plus souvent l'occasion de s'entretenir avec les mères qu'avec les pères.

Obs. n° 46

Brigitte V., 3 ans 1/2, est hospitalisée en raison d'une hypotrophie majeure, d'ecchymoses disséminées sur le tronc et de cicatrices frontales. La radiographie du crâne met en évidence une fracture pariéto-occipitale gauche.

Il s'agit d'une famille rapatriée d'Algérie, Brigitte est la dernière de 7 enfants ; 3 des enfants sont des débiles profonds.

Opinion des différentes personnes en contact avec la famille V. :

- voisinage : "Mme V. est une femme légèrement débile mentale, peu capable d'assumer ses charges familiales".

- assistante sociale : "Mère débile mentale, surmenée, ne s'adaptant pas à la vie en métropole, semble aimer ses enfants mais se plaint du comportement de Brigitte". "Le père est bien considéré dans son travail, semble beaucoup aimer ses enfants".

- personnel infirmier : "La mère a voulu reprendre son enfant le lendemain de l'hospitalisation. Elle donne l'impression d'être une débile mentale rusée. Le père donne l'impression d'être assez violent".

- instituteur : "3 des enfants sont des débiles profonds. Les enfants sont toujours bien tenus. La mère semble débile mais a du mérite".

- dispensaire d'hygiène mentale : "La mère semble être une grande débile mentale, revendiquante et mal adaptée à la vie métropolitaine".

Obs. n° 12

Sylvie B., 4 ans, est hospitalisée pour fracture du tibia gauche et rupture de rate imposant une splénectomie d'urgence.

L'enfant a été placée pendant ses 3 premières années, n'est que depuis 6 mois avec sa mère.

- Opinion du service social de l'hôpital : "Mère débile, changeant constamment de concubins, absolument incapable de s'occuper de l'enfant".

- Opinion du service social de secteur : "Mme B. semble attachée à l'enfant, très influençable, elle change sans cesse de concubins. Elle est incapable d'élever son enfant dans de bonnes conditions".

- Déclaration de la mère : "Je ne veux pas demander le placement de Sylvie à l'A.S.E. car on dirait que je l'ai abandonnée. Toutefois, je veux bien qu'elle soit placée ailleurs".

Les autres études françaises mentionnent aussi la débilité mentale maternelle : 18 % de mères débiles dans l'enquête de J.R. GRISLAIN (35) ; 23,8 % de mères débiles dans l'enquête de D. RABOUILLE (63). Mais, là encore, ce caractère de débilité ne correspond qu'à une "impression" et non à des critères bien définis.

RABOUILLE étudie les conséquences de la débilité maternelle à 3 niveaux :

- médical : la mère débile est incapable d'évaluer les conséquences de ses actes, que ce soit par omission (absence de vaccinations, de surveillance médicale, manque de nourriture, hygiène défectueuse), ou que ce soit par agression : elle n'imagine pas les lésions qu'elle peut créer en frappant l'enfant ou en le manipulant brutalement.

- Social : la mère débile est souvent rebelle à toute forme d'aide sociale et d'éducation sanitaire. Elle se met le plus souvent en ménage avec un homme débile ou éthylique, ce qui ne fait que majorer le problème car tous ces facteurs favorisent l'instabilité conjugale, l'instabilité professionnelle et une forte natalité.

- Juridique enfin : cette débilité est utilisée pour invoquer l'irresponsabilité de la mère et lui accorder des circonstances atténuantes.

2°) L'éthylisme :

Il est mentionné 10 fois chez la mère, 14 fois chez le père, 4 fois chez le père et la mère.

Cet éthylisme est soit évident pour les médecins ou travailleurs sociaux, soit signalé par l'un des conjoints, la nourrice ou un membre de la famille. Ce chiffre est vraisemblablement inférieur à la réalité.

L'éthylisme est à la fois un facteur de négligence et d'agressivité.

Obs. n° 47

Santos est hospitalisé pour de nombreuses ecchymoses, cicatrices de brûlures et griffures. L'enfant est passif, a un air triste et apeuré. L'amélioration est spectaculaire aussi bien somatique que psychique après quelques jours d'hospitalisation.

Les parents sont Espagnols. La mère est très attachée à l'enfant.

Le père est actuellement en chômage. C'est un éthylique chronique qui, en période d'ivresse, a des accès de fureur au cours desquels il frappe tous les membres de la famille.

Obs. n° 20 et 20 bis

Cécile et Jean François O., âgés respectivement de 3 et 2 ans, sont hospitalisés par Police Secours à la demande de leur père.

Au cours d'une visite, le père trouve la mère en état d'ivresse. Cécile avait une main en sang et était couchée par terre parmi des débris de verre.

Les deux enfants sont par ailleurs hypotrophiques, ont un rachitisme carentiel historique. Ils ne marchent ni l'un, ni l'autre.

D. RABOUILLE (63) constate 46 % de pères, 16,4 % de mères et 11,9 % de pères et de mères éthyliques. Il différencie les conséquences de l'alcoolisme paternel et maternel.

Chez le père, l'éthylisme serait plutôt facteur de violence, alors que chez la mère, il serait plutôt facteur de négligence et de carence de soins.

Quant à J.R. GRISLAIN (35), il retrouve 35 % de pères, 6 % de mères et 20 % de pères et de mères éthyliques.

3°) L'éthylisme et la débilité :

L'éthylisme est très fréquemment lié à la débilité. Il accroît les difficultés d'insertion socio-professionnelles que nous avons déjà mentionnées et il majore le risque de négligence et d'agressivité envers l'enfant.

Obs. n° 48

Christian P., 1 an, est hospitalisé pour une hypotrophie et une altération grave de l'état général. Il pèse 6 Kg, a une importante anémie hypochrome : 6 g/l d'hémoglobine. Il n'a aucune vaccination et n'a jamais été suivi médicalement depuis l'âge de 2 mois.

L'enquête nous apprend que la mère est éthylique, refuse toute aide sociale et refuse de conduire ses enfants au dispensaire. Les enfants ne sont jamais sortis, la mère elle-même ne sort pas faire les courses, c'est le père qui, le soir, essaye de pourvoir aux besoins de sa famille.

- Opinion du voisinage : les voisins sont frappés par l'aspect effrayant, maigre, pâle et affamé des enfants. Ceux-ci se précipitent sur toute trace de nourriture. La mère, concierge, néglige par ailleurs complètement l'entretien de l'immeuble.

Obs. n° 49

Pierre M., âgé de 3 mois, est hospitalisé pour des fractures diaphysaires et métaphysaires de l'avant-bras gauche.

Un frère aîné a déjà été hospitalisé à l'âge de 6 mois à la suite de coups donnés par son père.

Le père de l'enfant a 26 ans, il est issu d'une famille d'alcooliques notoires, n'a été scolarisé que jusqu'à l'âge de 13 ans et n'a pas obtenu son certificat d'études. Son langage est très pauvre. Il s'exprime avec difficulté, reconnaît tous ses torts et adopte une attitude de vaincu.

Déclaration du père : "Je reconnais avoir battu mes enfants, je reconnais m'adonner à la boisson et être particulièrement violent lorsque je suis ivre, et, quoique j'aime beaucoup mes enfants, vous pouvez m'enlever mes droits sur eux car j'en ai assez d'être convoqué partout."

Obs. n° 38

Pierre L., 13 mois, est hospitalisé pour un syndrome de Silverman.

Cet enfant est issu d'un milieu d'asociaux. Le père, 28 ans, lui-même issu d'une famille d'asociaux éthyliques, est un éthylique instable en chômage presque permanent. La mère, 36 ans, est aussi une éthylique notoire et vraisemblablement débile. Elle a eu 5 enfants dont 3 au moins sont de pères différents.

3 des enfants sont déjà placés dans les services de l'Aide Sociale à l'Enfance. Ils vivent à 6 dans une seule pièce, en hôtel meublé.

Une belle-soeur qui habite une chambre voisine déclare que, quand les parents ont trop bu, ils prennent le petit Pierre par les bras et les jambes et, pour le faire taire, ils le secouent violemment.

Ethylisme et débilité sont donc fréquemment retrouvés dans ces milieux sociopathiques qui prédominent dans notre étude ainsi que dans celles de J.R. GRISLAIN (35), N. NEIMANN (59) et D. RABOUILLE (63).

Il semble que la fréquence des conditions sociales et familiales anormales, dépende du type de population sur laquelle porte l'étude. Or, la population hospitalière en France est en majorité une population défavorisée sur le plan socio-économique.

Dans ces milieux, les conditions sociales et familiales sont anormales : bas salaires, chômage, instabilité professionnelle, exiguité, insalubrité et surpeuplement du logement, instabilité conjugale, enfants de plusieurs lits qui ne peuvent tous être pris en charge par leurs parents et qui sont tour à tour placés et repris en fonction des conditions matérielles du moment.

La pauvreté culturelle et l'absence d'expression verbale sont aussi des caractéristiques de cette population. Ceci explique que la violence soit parfois un mode privilégié d'échange.

Ces familles posent donc un problème difficile de prévention, d'autant plus qu'il est constaté que ces situations sociopathiques risquent de se retrouver de générations en générations. Il ne s'agit pas là d'une hérédité génétique contrairement à ce qu'on a pu penser autrefois mais d'une pseudo-hérédité d'environnement.

L'insécurité, l'instabilité, l'inaffectivité parfois et une certaine atmosphère de violence, caractérisent l'environnement de ces enfants et conditionnent par avance une mauvaise insertion sociale.

Dans ces familles, l'effort de prévention repose avant tout sur les assistantes sociales, les puéricultrices visiteuses, les travailleuses familiales, les assistantes et éducateurs spécialisés qui ont pour tâche l'aide sociale, l'éducation sanitaire et le soutien psychologique.

Une nouvelle fraction de population se rattache actuellement à ces cas sociaux : familles de travailleurs migrants dont l'adaptation sociale était normale dans leur pays d'origine, parfois même supérieure au reste de la population mais qui, du fait de la transplantation dans un milieu socio-culturel différent et de conditions d'accueil insuffisantes, se trouvent amenées à rejoindre les classes les plus inadaptées et les plus défavorisées de la population autochtone.

II- LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DE LA PERSONNALITE.

Là encore, nous déplorons l'absence d'examen systématique des parents par un psychiatre.

Ces examens en milieu hospitalier, sont de toutes façons très difficiles à réaliser comme le souligne L. KREISLER (49) : "en raison de l'attitude systématiquement défensive de ces sujets. IL est en outre des contradictions difficilement surmontables entre la technique d'investigation psychiatrique, l'obtention de l'aveu et les nécessités de la protection de l'enfant. Il faut souvent se contenter d'une analyse des comportements des structures familiales et sociales".

Nous avons toutefois relevé dans nos observations tous les cas dans lesquels le comportement ou la personnalité des parents avaient été considérés comme anormaux par l'entourage familial, le médecin ou les travailleurs sociaux. De tels éléments ont été relevés dans 28 observations chez la mère et dans 22 observations chez le père.

Par souci de clarté, nous adopterons la classification de L. KREISLER (49) et d'A. WOLF (74) qui, en France, ont particulièrement étudié l'abord psychologique des familles et nous y rattacherons les conclusions des études anglaises et surtout américaines de COURT (15), GALDSTON (30), ISAACS (41) ; CURRIE (16), ELMER (24), DEMPE (46), STEELE et POLLOCK (70).

1°) La maladie mentale :

Les auteurs s'accordent pour penser qu'une maladie mentale caractérisée des parents, est rarement à l'origine des mauvais traitements. STEELE et POLLOCK (70) pensent que ces parents "maltraitants" n'appartiennent à aucune catégorie précise de maladie psychiatrique mais présentent les troubles émotionnels habituellement rencontrés dans la population générale : anxiété, phobie, structure dépressive, obsessionnelle ...

Cependant, dans certaines de nos observations, bien qu'aucun diagnostic psychiatrique n'ait été porté, il semble bien que l'un des parents souffre de graves troubles mentaux.

Obs. n° 23

Fabienne M., 4 ans, est hospitalisée pour perte de connaissance brutale et prolongée alors qu'elle était gardée par son père.

A l'arrivée, l'enfant est comateuse, hémiplégique et couverte d'ecchymoses.

L'enquête ne permet pas d'éclaircir les modalités des mauvais traitements. Le père nie tout acte agressif et justifie les ecchymoses par les manoeuvres de réanimation qu'il a entreprises quand l'enfant a perdu connaissance.

Mais, on apprend ultérieurement que le père de Fabienne a été interné à deux reprises à St-Anne au cours de son adolescence en raison d'un "comportement agressif, pervers et cynique, représentant un danger permanent pour sa famille".

Il est à noter en revanche que l'insertion familiale et socio-professionnelle de Mr. M. est apparemment normale.

TOut porte à croire, qu'il s'agit là du comportement d'un déséquilibré agressif.

2°) Les décompensations transitoires :

Il s'agit de personnalités simplement fragiles ou à tendance névrotique qui, à l'occasion de circonstances particulières (post-partum, surmenage physique, problèmes familiaux), réagissent par une décompensation transitoire à tonalité le plus souvent dépressive mais au cours de laquelle, peuvent se produirent des décharges agressives sur l'enfant.

Obs. n° 50

Vincent, 4 mois, est admis à l'hôpital pour une fracture du tibia mise sur le compte d'une chute récente. On découvre 6 fractures des membres inférieurs dont certaines sont anciennes et, sur la seule vue des clichés, on décide d'alerter la Brigade de Protection des Mineurs qui déclenche une enquête. Faute de preuves ou de présomptions de sévices, la consigne de l'enfant à l'hôpital sera levée au bout de 8 jours.

La mère est âgée de 20 ans. Sa première enfance aurait été heureuse. Elle est devenue orpheline de père et de mère à 14 ans. Elle a travaillé comme ouvrière jusqu'à son mariage à

l'âge de 19 ans. Le père âgé de 23 ans, est maçon. Il serait doux, attentif, attaché à l'enfant. Le couple paraît uni.

La grossesse a été normale ; l'accouchement eut lieu par césarienne après épreuve du travail. Dès la clinique, la mère est tombée dans un état d'anxiété craignant d'être incapable de s'occuper de son enfant, perdant le sommeil. Elle rentre chez elle, dans une chambre d'hôtel meublée sans confort. Elle est seule, sans parents, ni beaux-parents, sans appui, ni aide. Son anxiété augmente et frise le désarroi en face de son enfant qui mange mal, dort mal, crie jour et nuit. Elle reconnaît avoir été envahie par l'impatience, déclare qu'elle ne parvenait pas à langer son bébé tant il était agité et que "sa maladresse pourrait avoir provoqué les fractures".

Au cours des entretiens, cette femme était tendue à la limite de l'agressivité mais ce comportement pouvait s'expliquer par la somme des suspicions et des interrogatoires exercés depuis l'hospitalisation. L'impression n'est pas défavorable, de sorte que l'on décide, avec son accord, de lui rendre l'enfant en "hospitalisation à domicile" sous la surveillance quotidienne d'une infirmière. Celle-ci constate que les relations de la mère avec l'enfant sont mauvaises. La jeune femme était tendue, brusque, peu affective. Le bébé refusait les biberons avec elle et les acceptaient facilement avec l'infirmière. Il restait agité, insomniaque, geignard, ne souriant pas. Un incident riche de signification se produisit en présence de l'infirmière. La mère faillit plonger l'enfant dans un bain bouillant qu'elle venait de préparer sans qu'on puisse comprendre s'il s'agissait de provocation, d'inconscience ou d'un "acte manqué".

Peu à peu, l'attitude de la mère s'améliora ; l'enfant se calma de sorte qu'au bout de quelques semaines, tous les témoins eurent l'impression d'un aménagement tout à fait satisfaisant.

La mère fut l'objet d'investigations psychiatriques qui ne décelèrent pas d'anomalie mentale ni de trouble important du caractère.

Avec un recul de deux ans, on a constaté une évolution favorable.

Ce cas s'inscrit dans le contexte d'une décompensation transitoire de type névrotique chez une femme certainement fragile, dont la personnalité eût mérité d'être davantage approfondie si les circonstances l'eussent permis.

Obs. n° 51

Catherine K., est hospitalisée à l'âge de 1 an pour mauvais état général. C'est une prématurée de 7 mois dont le poids de naissance était de 1 kg,700. Elle a séjourné 2 mois en service de prématurés..

A l'entrée, c'est une enfant d'aspect misérable, tenant à peine assise, couverte de lésions cutanées et présentant à la radio du squelette : un gros hématome périosté de l'humérus droit ; des arrachements métaphysaires des deux extrémités supérieures des diaphyses humérales ; des arrachements métaphysaires des extrémités fémorales supérieures.

Il est à noter que l'enfant présente une anorexie massive qui ne s'améliore que lentement pendant son séjour hospitalier.

Lors des entretiens avec l'assistante sociale, la mère commence par déclarer "qu'elle n'a eu dès le départ que des ennuis avec sa fille et que ceci n'a pas l'air prêt de s'arrêter. Mais, elle se montre rapidement dépressive et très culpabilisée. Elle se sent très isolée à Paris, ses parents sont en Pologne, son mari souvent absent. Elle a été très déprimée pendant tout le séjour de sa fille en centre de prématurés et très déçue au retour de l'enfant car celle-ci a tout de suite présenté des difficultés alimentaires. Elle reconnaît "perdre patience" et se sent coupable quand elle compare l'état de sa fille et celui des autres enfants du même âge dans son entourage.

Lorsqu'on lui fait prendre conscience, sans l'accuser, de l'existence des fractures multiples, elle s'effondre en pleurs, s'inquiète de savoir si on lui rendra l'enfant et dit qu'elle la ramènera aussi souvent qu'il le faudra pour la faire surveiller. L'enfant est rendue à sa mère et revue à intervalles réguliers.

Peu à peu, le conflit qui existait entre Mme K. et sa fille paraît s'atténuer. L'enfant va faire des progrès. La mère qui n'osait pas la promener, se met à la sortir et semble accepter que sa fille soit en retard sur les autres enfants. La naissance d'un troisième enfant qui est normal ne semble pas perturber les relations entre Mme K.. et la petite C.

Cet exemple illustre bien les graves anomalies des relations qui peuvent survenir entre les femmes et certains enfants prématurés comme nous l'avons déjà signalés.

3°) <u>Les personnalités "subnormales" et les perturbations de l'enfance des parents maltraitants</u>.

Elles correspondent aux cas les plus nombreux et c'est surtout à leur étude que se sont attachés les psychiatres.

. Ce sont souvent des personnalités "narcissiques", égocentriques", qui perçoivent leurs enfants comme étant là pour satisfaire leurs propres besoins, ceux de l'enfant n'ayant aucune valeur. Ceci conduit les parents à avoir une demande excessive et surtout prématurée que l'enfant est incapable de percevoir et encore moins de satisfaire.

. Ce sont aussi souvent des personnalités anaffectives. A propos d'une observation L. KREISLER (49) conclut : "Nous sommes frappés par la sécheresse affective de cette femme, on pourrait même parler d'anesthésie affective".

. Certains parents vivent un sentiment d'insécurité, d'échec et de mésestime d'eux-même, associé à la certitude de n'être jamais ni compris ni aimé. Il en résulte une intolérance à la moindre frustration. Tel cet exemple rapporté par STEELE et POLLOCK (70) d'une mère qui leur avait confié : "je n'ai jamais eu l'impression d'être réellement aimée dans ma vie. Quand mon enfant est né, j'ai cru qu'il m'aimerait, mais, comme il crie tout le temps, ça signifie bien qu'il ne m'aime pas, aussi je le corrige". L'enfant âgé de trois semaines avait été hospitalisé pour un hématome sous-dural.

Ces personnalités se présentent aussi comme se réclamant de principes éducatifs rigides. Certains parents affirment qu'il faut être ferme à l'égard de l'enfant dès le premier âge, ils attendent de celui-ci une conduite exemplaire et ne supportent pas la moindre faille mais cette attitude éducative est exercée sans aucune espèce de relation avec l'âge et les capacités de compréhension et d'adaptation du jeune enfant.

Nous rapporterons une observation qui se rattache aux types de personnalité décrits ci-dessus, puis nous étudierons l'incidence des perturbations de la propre enfance des "parents maltraitants" dans la genèse de ces personnalités "subnormales".

Obs. n° 22

Sandrine D., 2 ans 1/2, est hospitalisée pour un état de dénutrition importante, couverte d'ecchymoses. Elle a un air triste et apeuré.

Sandrine a été placée chez une nourrice de sa naissance jusqu'à l'âge de 2 ans.

Le père, 28 ans, employé de banque, se montre très instable vis à vis de son foyer, fuyant le domicile dès que se présentent des difficultés. Il refuse d'épouser la mère de ses enfants, prétextant qu'il y a des choses "plus urgentes à faire que le mariage".

La mère, 28 ans, employée de banque, est décrite comme une petite femme très soignée, perfectionniste dans son ménage, elle est anxieuse, tendue et dépressive. La grossesse n'était pas souhaitée. Depuis la naissance, la situation se détériore. Sandrine a été immédiatement placée.

La reprise de l'enfant a posé des problèmes dès le début. Sandrine est énurétique chez elle alors qu'elle est propre en classe ; la mère ne le supporte pas et déclare : "Je n'admets pas que Sandrine salisse la moquette et j'envisage de la replacer si elle ne me crée que des ennuis".

- Opinion des grands-parents paternels :

Au cours de vacances que nous avons passées avec le jeune couple et leurs enfants, nous avons été choqués de la manière brutale avec laquelle notre fils aussi bien que la jeune femme, traitaient Sandrine. Ils ne montraient envers elle aucune patience et la petite fille semblait terrorisée".

A travers l'opinion des travailleurs sociaux et des médecins qui ont connu Mme D. et sa famille, la personnalité de cette mère semble bien être celle d'une femme anaffective, rigide et obsessionnelle qui vit dans des conditions d'insécurité telles qu'elle est intolérante à la moindre frustration que peut lui imposer l'enfant.

Les perturbations de l'enfance des "parents maltraitants" :

STEELE et POLLOCK (70), GALDSTON (30), CURRIE (16), ISAACS (41), L. KREISLER (49) et A. WOLF (74), ont tous retrouvé avec une très grande fréquence de graves perturbations de la propre enfance des "parents" maltraitants" qu'ils ont étudiés.

Il peut s'agir de sévices physiques (16), (70), (15), ou bien de frustrations précoces (70), (30), (49), (74), ces deux types de perturbations étant fréquemment intriqués.

Dans le lot des parents qu'ils ont étudiés, STEELE et POLLOCK (70) ont constaté que beaucoup de parents avaient été élevés selon les mêmes principes de discipline rigide, avec cette éternelle crainte de "trop gâter", de "pourrir" l'enfant par trop de faiblesse. Certains avaient eux-mêmes connu des sévices physiques de la part du père ou de la mère. Tous avaient perçu une très grande demande de la part de leurs propres parents qui attendaient de leurs enfants soutien, réconfort, soumission, obéissance. Cette demande était surtout pathologique en raison de la précocité avec laquelle elle était formulée, l'enfant trop jeune était incapable de la percevoir et d'y répondre de façon satisfaisante.

Parallèlement, l'enfant ressentait que ses propres besoins n'étaient pas considérés et, recevant peu, il était à son tour, incapable de donner. Ce n'était pas un enfant gratifiant, ce qui ne faisait qu'accroître le problème. Ces parents gardent de leur enfance le souvenir d'avoir été mal aimés.

STEELE et POLLOCK (70) résument ces frustrations précoces de la première enfance en disant que ces enfants ont souffert d'un mauvais "maternage" non pas en ce qui concerne la quantité des soins (nourriture, habillement) mais la qualité des soins, c'est-à-dire la tendresse et l'attention qui les entourent.

On remarque que ces perturbations dans l'enfance des "parents maltraitants" sont celles que l'on retrouve dans leur comportement vis-à-vis de leur propre enfant. STEELE et POLLOCK (70) ont même eu l'occasion de constater ces caractéristiques sur plusieurs générations. Ceci est d'autant plus troublant que les parents qui ont souvenir d'une enfance malheureuse et qui ont, souvent, très bien analysé les frustrations qu'ils ont subies, affirment tout faire pour éviter à leurs enfants les mêmes souffrances. Or, l'expérience prouve qu'ils n'y arrivent pas.

Parfois, à l'âge adulte, ils atteignent un équilibre que ne laissaient pas espérer les circonstances gravement perturbantes de leur enfance, mais le mariage et surtout la naissance du premier ou du second enfant, risquent de remettre en cause cet équilibre fragile. On peut se demander si la vie du couple et surtout la procréation, ne constitueraient pas le test ultime de la guérison de ces cas banaux dans l'expérience de la psychiatrie infantile" (G. AMADO).

La psychanalyse explique ces comportements par le phénomène de l'identification à ses propres parents. STEELE et POLLOCK (70) tentent une approche explicative de ce qui est vécu au niveau de l'inconscient de l'individu devenu à son tour parent et qui le conduit consciemment ou inconsciemment au même comportement envers son enfant que celui qu'il a connu de la part de ses parents. C'est ce qui fait parler d'identification à l'agresseur lorsqu'il s'agit de parents ayant eux mêmes été victimes de sévices physiques dans leur propre enfance.

Des renseignements concernant l'enfance de la mère ont été mentionnés dans 42 observations et concernant l'enfance du père dans 25 observations : 34 mères et 17 pères ont connu une enfance très perturbée.

Nous rapporterons 5 observations dont la richesse est inégale mais dans lesquelles il semble bien que les perturbations de l'enfance des parents soient en partie à l'origine des troubles de leur comportement et des difficultés relationnelles qu'ils ont avec leur enfant.

Obs. n°15

Nathalie B.. 20 mois, est hospitalisée pour des lésions traumatiques multiples. Son état est impressionnant : elle est couverte d'ecchymoses, de plaies, a de nombreuses fractures dont une fracture ouverte, une fracture du bassin et de multiples fractures de côtes.

Histoire de la mère, Mme F. et de Nathalie :

Mme F., 30 ans, a perdu son père à la guerre quand elle avait 1 an. Elle a été élevée par sa mère restée seule avec ses deux enfants pour tenir une ferme. Cette mère est décrite par Mme F. comme une femme sèche, violente, ne lui ayant jamais montré d'affection et lui préférant son frère.

Mme F. a le souvenir d'avoir été souvent frappée par sa mère. Celle-ci ne lui a pas fait faire d'études primaires complètes et l'a gardée sous sa "férule" jusqu'à l'âge de 23 ans

Mme F. quitte la ferme après la mort de sa mère. Elle a un premier enfant mais le père l'abandonne et Mme F. est obligée de placer son enfant pour pouvoir travailler.

Elle fait alors connaissance du père de Nathalie. Ils quittent tous deux la Normandie pour venir s'installer à Paris. Ils trouvent difficilement du travail, vivent en hôtel meublé et, à la naissance de Nathalie, ils sont obligés de la mettre en nourrice. Mme F. s'est difficilement remise de son accouchement, elle garde une douleur sacro iliaque qui gêne son activité et son sommeil ; d'autre part, elle s'adapte mal à la vie parisienne trop bruyante et trop agitée.

Lorsque Nathalie a 16 mois, Mme F. et son ami trouvent une loge de concierge et reprennent l'enfant. Celle-ci se révèle pour sa mère une enfant difficile, refusant de manger avec elle, dormant mal, touchant à tout et cassant tout.

Mme F. ressent ce comportement de sa fille comme une agressivité à son égard. Elle déclare : "Je retrouve en ma fille l'image de ma propre mère, Nathalie lui ressemble, elle est dure comme elle".

Voici les conclusions de l'entretien qu'un psychiatre a eu avec la mère de Nathalie :

"Mme F. n'est ni une malade mentale, ni une psychopathe. Comment comprendre les violences exercées contre sa fille, violences qui ont provoqué de si nombreuses fractures ? Rien de tel ne s'est produit avec son autre fille qu'elle allait voir souvent quand elle habitait en Normandie et dont elle parle avec affection. Elle n'a pas non plus ressenti ni manifesté d'hostilité vis-à-vis d'autres enfants, ni dans la famille où elle était employée, ni dans l'immeuble dont elle est concierge.

Ce qui ressort des faits, c'est surtout la mauvaise relation qui s'est établie d'emblée entre Mme F. et sa fille dès son retour au foyer. Nathalie considérait sa nourrice comme sa mère et n'a pas accepté ce changement. Mme F. a ressenti cette inadaptation comme une agressivité contre elle. Le conflit entre la mère et la fille s'est très vite accru et l'attitude rejetante de Mme F. s'est renforcée de l'évocation de l'image de sa propre mère. Il y a là un processus névrotique dans la mesure où un conflit non liquidé de la petite enfance est capable de déterminer à l'âge adulte toute une activité incontrôlée.

Qu'on ajoute à celà les problèmes nouveaux posés par le travail de Mme F., le tumulte de la rue auquel elle ne s'habitue pas, le mauvais sommeil et enfin l'endolorissement dorsal pénible qui date précisément de la naissance de Nathalie et on comprend l'état de tension dans lequel se trouvait Mme F., ainsi que son intolérance croissante à l'égard de sa fille. Elle ne se contrôlait plus, la nuit, particulièrement, elle était prise de rage agressive. Cette situation disparue, la tension tombée, il n'est pas surprenant que Mme F. aujourd'hui, ne puisse se rendre compte de ce qu'elle a fait".

En conclusion :

"Mme F. a des problèmes névrotiques liés à son enfance, sa violence agressive à l'égard de sa fille se relie à la fois à cet état et aux circonstances qui rendent vraisemblablement compte de son comportement rejetant. Elle a agi sous l'empire d'impulsions incontrôlées."

Obs. n° 6

Didier M., 4 mois, est hospitalisé pour un syndrome de Silverman.

L'interrogatoire ne révèle aucune notion de traumatisme. Les renseignements familiaux n'apportent rien de particulier : Didier est le second enfant, l'aîné, âgé de 20 mois, serait bien portant. La mère, 24 ans, a exercé la profession d'aide comptable jusqu'à la naissance de son second enfant. Elle paraît intelligente, répond convenablement aux questions. Le père est sobre, le ménage normalement uni. L'opinion de l'assistante sociale de secteur est excellente. Le logement est insuffisant mais impeccablement tenu.

On apprend ultérieurement par le dispensaire de P.M.I. où les enfants sont suivis que l'aîné a eu un volumineux hématome frontal à l'âge de 5 mois et que Didier a déjà été hospitalisé à 3 mois pour un hématome frontal et une fracture du nez.

La mère est de ce fait à nouveau interrogée.

Cette jeune femme aimable, soignée, ne parle que d'elle, de ses désirs qui ne sont que matériels, reconnaît qu'elle voudrait placer l'enfant pour pouvoir reprendre son travail Elle finit par avouer : "effectivement, je suis nerveuse et il m'arrive de secouer brusquement l'enfant mais pas au point de lui faire des fractures".

On est frappé de l'attitude indifférente de la mère quand on parle de Didier. Elle est aussi très peu maternelle envers son aîné qui ne semble pas très attaché à sa mère et va spontanément avec n'importe qui.

Opinion d'un voisin : "Je n'ai jamais vu Mme M. maltraiter réellement ses enfants, mais elle les bouscule, crie tout le temps après eux et semble les supporter difficilement.

Mme M. qui ne rêve que de retravailler n'est pas faite pour avoir des enfants. L'aîné des enfants va beaucoup plus facilement avec moi qu'avec sa mère".

Opinion des beaux-parents : "Notre belle-fille est très nerveuse, supporte mal les enfants. Quand elle vivait chez nous au début de leur mariage, elle s'énervait après son fils aîné par ce qu'il ne mangeait pas. Elle a été déçue par la naissance d'un second garçon et n'avait d'yeux à cette époque que pour une petite fille qui venait de naître chez une belle-soeur".

Opinion du personnel infirmier : "Mme M. ne semble pas avoir la fibre maternelle".

Interrogatoire du père :

"Ma femme est nerveuse depuis la naissance de Didier parce qu'elle est plus fatiguée. Elle a toujours été maniaque pour son ménage et veut tenir la maison de façon impeccable".

A travers toutes ces opinions, la personnalité de la mère peut être cernée, il s'agit d'une femme égocentrique, narcissique, anaffective, incapable de percevoir les besoins de ses enfants.

Sur l'enfance de cette femme, on apprend qu'étant orpheline, de père, elle a d'abord été élevée par une grand-mère. A l'occasion d'une visite à sa mère, elle surprend celle-ci avec un concubin. Elle devient alors fugueuse, et commet des délits mineurs (vols). La mère demande alors au juge des enfants le placement de sa fille en orphelinat. C'est là qu'elle apprendra son métier d'aide-comptable.

Ces renseignements sont très partiels, très insuffisants mais permettent d'entrevoir pourquoi, dans ce couple apparemment normal, la relation de la mère avec ses enfants soit si perturbée.

Obs. n° 46

Corinne G., est hospitalisée à l'âge de 1 an pour hypotrophie, ecchymoses multiples et brûlure de l'abdomen alors qu'elle était élevée par sa mère depuis seulement deux mois.

Celle-ci, Anne-Marie, n'a que 18 ans. Elle est célibataire et elle-même enfant d'une mère célibataire. Elle a été élevée successivement par sa mère, une tante et une nourrice avant d'être définitivement reprise à l'âge de 7 ans par sa mère qui la met alors en pension.

Anne-Marie a le sentiment de n'avoir jamais été aimée, d'avoir été ballotée de droite et de gauche et, avant l'âge de 7 ans, elle avait déjà fait de nombreuses fugues. Sa mère la reprend, la met en pension et, par ailleurs, se marie. Anne-Marie s'attache beaucoup à son beau-père, mais celui-ci abuse d'elle quand elle a 12 ans et depuis, elle éprouve de la répugnance envers lui.

Le psychiatre qui a eu l'occasion de s'entretenir avec ANne-Marie conclut à :

"Une personnalité abandonnique, déprimée, immature, qui essaye de compenser ses frustrations infantiles en se jetant dans des situations auto-punitives et masochistes".

Elle est incapable de s'occuper de Corinne et d'ailleurs celle-ci pleure chaque fois qu'elle est dans les bras de sa mère.

Obs. n° 52

Pascale, 12 mois, est hospitalisée pour des ecchymoses et des fractures multiples des 4 membres.

La mère de Pascale est fille d'une malade mentale. Elle a passé toute son enfance en orphelinat puis dans des institutions professionnelles d'où elle se faisait régulièrement renvoyer.

Toutes les structures qui ont accueilli cette femme sont unanimes pour reconnaître qu'il s'agit d'une femme instable, asociable, incapable de s'attacher à son enfant et incapable d'accepter longtemps toute forme d'aide sociale que pourtant elle réclame initialement.

Obs. n° 53

Sandrine R., 3 ans, est hospitalisée pour une hypotrophie, de nombreuses ecchymoses disséminées sur tout le corps et des plaques d'alopécie.

Le père de Sandrine a passé toute son enfance en orphelinat. Sa mère, veuve, ne s'occupait pas de lui et ne s'intéressait qu'à sa fille. Mr. R., à son tour, ne s'occupe que de son fils, supporte deux de ses filles, mais reconnaît ne pas pouvoir tolérer Sandrine qu'il frappe régulièrement.

La mère de Sandrine a le souvenir d'une enfance très malheureuse. Ses parents ont divorcé quand elle avait 5 ans. Toute son enfance, elle a été traitée "d'enfant de divorcés". Elle a rompu toute relation avec ses parents et même avec ses soeurs.

Un point cependant reste à éclaircir : "Pourquoi l'acte agressif est-il dirigé contre l'enfant et parfois contre un seul enfant ?"

En effet, tous les parents qui présentent les troubles de la personnalité décrits ci-dessus, ne maltraitent pas leurs enfants. H. KEMPE (46) a particulièrement étudié les circonstances qui permettent d'aboutir à des mauvais traitements envers l'enfant. Il distingue 4 facteurs principaux :

a- Une potentialité à favoriser les mauvais traitements propre au milieu :

Ceci concerne principalement les milieux socio-économiquement défavorisés où le seuil de tolérance est plus vite dépassé mais il peut y avoir d'autres motifs : situation conjugale perturbée dès le départ, par exemple en cas de mariage "forcé" la mère étant enceinte.

Il a souvent été constaté que l'enfant cible était l'enfant conçu avant le mariage.

b- Des caractéristiques propres à l'enfant :

Ces facteurs sont multiples. Les plus fréquemment retrouvés sont les enfants nés prématurément, les enfants anorexiques, les enfants hypertoniques et agités et surtout les enfants qui crient et hurlent sans arrêt sans qu'il soit possible de les calmer. Les pleurs de ces enfants sont ressentis par les parents comme la preuve qu'ils sont de mauvais parents. "L'enfant semble dire : si tu étais une bonne mère, je ne pleurerai pas comme ça" (KEMPE).

Ces pleurs sont d'autant plus intolérables qu'ils sont aigus, qu'ils surviennent la nuit, que le logement est exigu, que le voisinage est intolérant.

(Dans notre expérience, ces troubles du comportement de l'enfant, sont souvent rattachés à des manifestations de régression affective, secondaires à des séparations prolongées du milieu familial).

c- Des caractéristiques propres aux parents :

Ces caractéristiques sont tous les troubles de la personnalité que nous avons étudiés ci-dessus.

d- Enfin, un état de crise :

Cet état de crise est parfois le motif qui conduit au passage à l'acte. Là encore, il peut s'agir de situations très diverses (chômage, surmenage d'un des parents, mésentente conjugale, etc ...).

Une situation a été fréquemment retrouvée dans l'enquête de la NSPCC (67) : sur 40 mères, auteurs des mauvais traitements envers leur enfant, 52,5 % étaient enceintes au moment de l'accident, où venaient d'accoucher. L'état de tension et l'intolérance à l'égard de l'enfant maltraité semble avoir été créé par la nouvelle grossesse ou la récente naissance (dans ces cas, les mauvais traitements ne concernaient pas l'enfant nouveau-né).

Si chacun de ces quatre facteurs peut conduire à un comportement agressif envers l'enfant, il va sans dire que leur association majore le risque encouru par l'enfant.

Qu'elles sont les possibilités thérapeutiques offertes pour traiter les perturbations de la personnalité des parents ?

Il s'agit là d'un problème majeur car, tout comme nous l'avons vu à propos des conditions sociopathiques, on peut également, de façon schématique, dire que la condition de "parent maltraitant" a aussi tendance à se répéter d'une génération à l'autre.

La prise en charge psychothérapique des familles nécessite un long et patient travail. STEELE et POLLOCK (70) ainsi qu'ISAACS (41) et J. COURT (15), font part de leur expérience de prise en charge. Dans l'ensemble, leurs résultats sont encourageants :

ISAACS (41) note que, dans 20 familles dont la prise en charge fut à la fois pluridisciplinaire, intensive et prolongée, la situation s'est nettement améliorée et qu'il n'y a pas eu un seul cas de récidive sur une période de 2 ans.

J. COURT (15) schématise les conditions dans lesquelles on peut envisager de remettre un enfant à sa famille après l'en avoir retiré en raison du danger qu'il y courrait :

. la condition essentielle est que le thérapeute, quel qu'il soit (travailleur social, psychiatre, etc ...) ait une bonne relation avec la famille ;

. il faut s'assurer qu'on a trouvé, dans la mesure du possible, une solution aux problèmes qui ont créé un état de crise ;

. il faut apprécier si les parents sont devenus capables de juger d'eux-mêmes qu'un climat critique est en train de s'installer.

Notre étude n'ayant pas de caractère prospectif, elle ne nous permet pas d'apprécier l'importance ni la valeur des prises en charge à caractère psychothérapique. Mais, il nous apparaît dès à présent que ces prises en charge sont relativement rares, souvent superficielles, se bornant à une ou deux consultations dans un centre d'hygiène mentale.

L'action de soutien et d'éducation des familles s'exerce avant tout par l'intermédiaire des travailleurs sociaux, des puéricultrices et des travailleuses familiales.

La mise en place d'une Action Educative en Milieu Ouvert, exercée par des services spécialisés de prévention administrative ou judiciaire, réalise actuellement la forme la plus intéressante d'aide et de contrôle des familles d'enfants maltraités mais il ne nous est pas possible, actuellement, d'en évaluer la signification profonde et l'efficacité. Ce devrait être l'objet de recherches ultérieures.

III- ANTECEDENTS JUDICIAIRES DES PARENTS

Nous avons relevé les observations dans lesquelles il était mentionné que le père, la mère ou même les deux parents avaient, antérieurement à l'hospitalisation, été l'objet d'un signalement auprès des services de police, quelle que soit la raison de ce signalement.

Nous retrouvons de tels antécédents dans 21 observations :

Obs. n° 36

Dalila M., 2 ans, est hospitalisée pour un hématome sous-dural qui nécessite une intervention neuro-chirurgicale. L'enfant décède après l'intervention.

Le père, Mr. M., a fait l'objet de plusieurs condamnations pour vols. Il a été écroué pendant 6 mois à la suite d'une tentative d'homicide volontaire.

A plusieurs reprises, Mme B. s'est plainte au commissariat des violences et de l'éthylisme de son mari. Mme M. est connue des services de la Brigade de Protection des Mineurs pour avoir fait de nombreuses fugues depuis l'âge de 16 ans.

IV- EN REGROUPANT TOUTES LES PERTURBATIONS FAMILIALES que nous venons d'étudier : comportements sociopathiques ou psychopathiques, troubles de la personnalité, antécédents judiciaires des parents, nous constatons que dans 63 observations, c'est-à-dire dans près des 2/3 des cas, une ou plusieurs de ces perturbations sont retrouvées chez l'un des deux parents, parfois chez les deux.

Ce chiffre paraît hautement significatif compte tenu, en particulier, du fait que beaucoup de nos observations sont pauvres en ce qui concerne l'étude de l'environnement familial.

VIII

CONCLUSION

L'étude de 110 enfants hospitalisés entre 1958 et 1970 à la suite de mauvais traitements ou de négligence grave, nous a conduit à un certain nombre de constatations :

1°) La fréquence des cas est plus grande qu'elle n'est généralement estimée. Pour un établissement qui reçoit environ 6.000 enfants par an, le nombre des enfants victimes de mauvais traitements représente environ 30 cas annuels soit 1 hospitalisation sur 200.

2°) Sur le plan clinique, ce travail confirme les résultats de toutes les études antérieures :

- jeune âge des enfants,
- prépondérance des lésions traumatiques cutanées et osseuses,
- fréquence et gravité des hématomes sous-duraux.

Il faut insister cependant sur le tableau des dénutritions ou des hypotrophies staturo-pondérales isolées dont la signification est encore trop souvent méconnue par les médecins. Lorsque le bilan biologique de ces hypotrophies s'avère négatif et que l'état de l'enfant s'améliore sous la seule influence d'un régime alimentaire équilibré et du nursing, il faut toujours penser à la possibilité d'une carence massive de soins et entreprendre dans cet esprit des interrogatoires et des investigations sociales pour apprécier les conditions de vie de l'enfant dans son environnement familial.

3°) En ce qui concerne les antécédents médico-sociaux de ces enfants, deux éléments méritent d'être soulignés :

a- La prématurité :

18 % des enfants de notre étude sont d'anciens prématurés d'un poids de naissance inférieur à 2500 g. L'importance de ce chiffre ne peut s'expliquer seulement par les

conditions socio-économiques défavorables de la population concernée. L'importance de la prématurité est d'ailleurs retrouvée dans d'autres enquêtes.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de troubles relationnels fréquents entre la mère et son enfant prématuré :

. la façon dont cette naissance est vécue par la mère (sentiment d'échec, de culpabilité et d'anxiété),

. la séparation souvent prolongée qu'elle entraîne et qui empêche l'établissement des relations premières entre la mère et l'enfant,

. les troubles du comportement plus fréquemment rencontrés chez les anciens prématurés.

b- La fréquence et la multiplicité des hospitalisations et des placements antérieurs.

Bien que la motivation de ces placements n'ait pu être précisée de façon rigoureuse dans la majorité des cas, on peut en distinguer schématiquement deux catégories :

- Les placements en institution (hôpitaux, pouponnières de prématurés, établissements sanitaires divers).

Les enfants y ont été placés pour des raisons médicales qui masquent souvent des motivations essentiellement sociales ou psychologiques. On sait combien de tels placements peuvent être néfastes au devenir psycho-affectif de l'enfant de moins de 3 ans.

- Les placements nourriciers.

Il s'agit parfois de placements stables de bonne qualité et de longue durée qui permettent un développement psycho moteur et psycho-affectif satisfaisant. Il s'agit beaucoup plus souvent dans nos cas, d'une succession de placements nourriciers de mauvaise qualité qui ont pu compromettre gravement ce développement.

De toutes façons, qu'elles que soient les conditions du placement, le retour au foyer est toujours une épreuve pour l'enfant comme pour ses parents. L'enfant réagit souvent à cette nouvelle situation par des manifestations de régression affective ou d'opposition. Les parents supportent mal ces troubles du comportement et peuvent réagir par des manifestations d'intolérance ou de brutalitésagressives. Les médecins et les travailleurs sociaux doivent connaître ces difficultés dont nos observations fournissent de nombreux exemples. Le placement d'un enfant en bas âge est presque toujours une solution dangereuse et ne doit être envisagée qu'en dernier recours.

4°) Le rôle du médecin hospitalier est essentiel puisque c'est à lui qu'il revient de poser le diagnostic ou la présomption des mauvais traitements. Il peut étayer son opinion sur les entretiens qu'il aura avec les parents mais, en pratique, c'est à l'assistante sociale hospitalière que revient la tâche de compléter l'enquête sociale et éventuellement, en accord avec le médecin, de signaler le cas à l'assistante sociale de secteur à la Protection Maternelle et Infantile ou à la Brigade de Protection des Mineurs. La collaboration des psychologues et des pédo-psychiatres doit toujours être sollicitée. Leur contribution est précieuse bien qu'elle se heurte en milieu hospitalier à des difficultés spécifiques qui en réduisent la portée.

5°) L'étude de l'environnement familial n'a pas permis de définir des caractères particuliers à notre population qui s'apparente dans son ensemble, sur le plan socio-économique, à la population hospitalière telle qu'elle a été analysée dans les deux études portant sur l'ensemble des enfants hospitalisés. Pour la structure familiale, nous manquons d'éléments comparatifs. Nous avons cependant été frappés de la fréquence des situations conjugales complexes avec enfants de plusieurs lits.

6°) Les circonstances exactes des mauvais traitements sont exceptionnellement précisées mais il ressort de notre

travail qu'ils se sont produits dans 71 % des cas au foyer parental, dans 14 % des cas chez une nourrice et que, dans 15 % des cas, il n'a pas été possible de savoir où ils avaient eu lieu.

7°) La personnalité des parents maltraitants n'a pu être étudiée de façon systématique. Certains dossiers comportent un examen psychiatrique. Dans le cadre hospitalier, il est rare qu'il aboutisse à autre chose qu'à un profil de comportement assez superficiel en raison du caractère artificiel qu'il revêt et des réactions de défense presque constantes des parents.

Certaines enquêtes sociales et certains interrogatoires de police fournissent parfois, paradoxalement, plus d'éléments pour évaluer les troubles du comportement et la personnalité du couple parental.

. Les malades mentaux caractérisés sont rares.

. L'éthylisme, les comportements franchement sociopathiques et la débilité mentale sont par contre fréquemment retrouvés, bien qu'il faille se méfier des éléments subjectifs et superficiels qui conduisent à l'affirmation de la débilité mentale.

.Certaines observations privilégiées nous ont permis de cerner certaines caractéristiques qui apparaissent plus spécifiques dans la personnalité des parents maltraitants : l'immaturité affective, l'inaffectivité, l'intolérance à la frustration. Chez certains de ces parents, l'interrogatoire a permis de retrouver de graves perturbations de leur première enfance à type de frustrations massives.

. Enfin, certaines observations illustrent des décompensations névrotiques transitoires à l'occasion d'un état de crise.

8°) En ce qui concerne le devenir des enfants, la moitié d'entre-eux sont rentrés au foyer. Les autres ont été placés pour une période variable dans un établissement à caractère sanitaire ou confiés aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Nous nous sommes efforcés dans notre travail d'apprécier les facteurs qui ont conduit à l'une ou l'autre de ces solutions. Parmi ces facteurs, intervient certes la gravité des lésions mais également la plus ou moins grande certitude concernant les mauvais traitements et même le type de signalement qui a été effectué à partir de l'hôpital.

9°) Notre étude nous interdit toute appréciation pronostique à long terme mais nous avons retrouvé chez 19 % de nos enfants, la notion d'une ou plusieurs hospitalisations antérieures consécutives à des sévices ce qui confirme la notion bien établie de la fréquence des récidives.

10°) Seule une étude prospective et pluri-disciplinaire sur le devenir à long terme de ces enfants pourra permettre de mieux apprécier la gravité de chaque cas et d'aider à une meilleure politique de prévention. Cette étude prospective est actuellement en cours.

BIBLIOGRAPHIE

1- AICARDI (J.) ; GOUTTIERES (F.) -
Les épanchements sous-duraux du nourrisson.
Arch. Franç. Péd., 1971, 28, n° 3, 233-247.

2- AMADO (G.) -
Quand faut-il placer un enfant ?
Méd. Inf. 1958, n° 8, 41-44.

3- ARON (J.J.) ; MARX (P.) ; BLANCK (M.F.) ; DUVAL (R.) et LUCE (R.) -
Signes oculaires observés dans le syndrome de Silverman.
Ann. Oculist., Paris, 1970, T. 203, n° 6, 533-546.

4- AUBRY (J.) -
Carence de soins maternels.
C.I.E., Travaux et documents VII, Paris 1955, P.U.F., 188 p.

5- AUBRY (J.) -
De quelques moyens pratiques d'éviter les séparations et la carence de soins maternels.
Sauv. Enf., 1955, 10, 406-410.

6- BAIN (K.) -
The physically abused child.
Pediatrics, june 1963, 31, 6, 895-897.

7- BIRRELL (R.G.) et al. -
The maltreatment syndrom in children.
Med. J. of Australia, december 10, 1966, 2, 1134-1138.

8- BOLWBY (J.) -
Soins maternels et santé mentale.
O.M.S., Genève, 1951, Mono. n° 2.

9- BRYAN (T.H.) -
Physical abuse of children an agency study.
Child Welfare, 1963, 42, 125.

10- CAFFEY (J.) -
Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma.
Ann. J. of Roentgenology, august 1946, 56, n° 2, 163-173.

11- CAFFEY (J.) -

Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury to children.
J. of Pediat., nov. 1965, 67, n° 5, 1008-1014.

12- CHAZAL (J.) -

Les droits de l'enfant.
Paris, 1962, P.U.F., "Que sais-je ?", n° 852, 119 p.

13- COMPERE (R.) -

Syndrome de l'enfant maltraité. (A propos de 46 observ.)
Thèse Méd., Paris, 1967.

14- COURT (J.) -

The battered child.
Medical Social Work, avril 1969, vol. 2, n° 1

15- COURT (J.) -

Battering parents.
Service Social Work, Battered Child Research Project, NSPCC.

16- CURRIE (J.R.B.) -

A psychiatric assessment of the battered child syndrome.
S.A. Med. J. 1970, 44.

17- DANAN (A.) -

Les comités de vigilance et l'enfant martyr.
Féd. Nation. des Com. de Vigil. et d'action pour la protection de l'enfance malheureuse, 1964, 32 p.

18- DARNIS (A.) -

Les enfants maltraités.
Rev. de l'Infir. et de l'Assist. Soc., Juin 1970, n° 6.

19- DAVID (M.) -

Rôle de l'assistante sociale dans les placements d'enfants.
Informations Sociales, juillet 1960, 5-11.

20- DAVID (M.) ; ADAM (C.) ; ANCELIN (J.) ; APPELL (G.) -

Les séparations précoces mère-enfant.
Informations Sociales, Juin-Juillet 1961, n° 6-7, 34-57.

21- DAVID (M.) ; APPELL (G.) -

Facteurs de carence affective dans une pouponnière.
La Psych. de l'Enf., 1972, vol. 4, fasc. 2, 407-442.

22- DAVIDSON (F.) -

Modes de placement permettant le maintien des contacts familiaux quotidiens.
Informations Sociales, Juillet 1960.

23- EBBIN (A.J.) -

Battered child syndrome at the Los Angeles country general hospital.
Ann. J. of Dis. in Childhood, oct. 1969, vol. 118

24- ELMER (E.) ; GREEG (G.) -

Developmental characteristics of abused children.
Pediatrics ; oct. 1967, 40, 596-602.

25- ELMER (E.) -

Children in jeopardy. A study of abused minors and their families.
Pittsburg University Press, 1967, 1 vol. 125 p.

26- ELMER (E.) -

Identification of abused children.
Children's, sept.-Oct. 1963, 10, n° 5, 180-184.

27- FONTANA (V.J.) -

The neglect and abuse of children.
New York State J. of Med., january 1964, 64, 215-224.

28- FONTANA (V.J.) -

Recognition of maltreatment and prevention on the battered child syndrome.
Pediatrics, december 1966, 38, 1078.

29- FONTANA (V.J.) -

Further reflections on maltreatment of children.
New York State J. of Med., august 15, 1968, 68, 1968.

30- GALDSTON (R.) -

Observations on children who have been physically abused and their parents.
Ann. J. of Psych., oct. 1965, 440-443.

31- GIL (D.G.) -

Violence against children.
Hawward University Press, 1970.

32- GLUCKMAN -

Diagnostic des bourreaux d'enfants.
Méd. Mondiale, juin 1968 (rapporté au New Zeland Med. J.).

33- GREEG (G.) ; ELMER (E.) -

Blessures chez les enfants : accidents ou mauvais traitements.
Pediatrics. 1969, 44, 434-439.

34- GRIEFFITHS (D.L.), MOY NIHAN (F.J.) -

Multiple epiphyseal injures in babies. (Battered Baby syndrome).
British Med; J. Dec. 1963, 4, 1558-1561.

35- GRISLAIN (J.R.) ; MAINARD (R.) ; BERRANGER (P.) ; de FERRON (C.) ; de BRELET (G.) -

Les sévices commis sur les enfants. Aspects médicaux.
Ann. de Péd., juin-juillet 1968, n° 36-37, 1769-1779.

36- GRISLAIN (J.R.) ; MAINARD (R.) ; BERRANGER (P.) ; de FERRON (C.) ; de BRELET (G.) -

Les sévices commis sur les enfants. Aspects juridiques et sociaux.
Ann. de Péd., juin-juillet 1968, n° 36-37, 1780-1788.

37- HELFER (R.E.) ; KEMPE (H.C.) -

The battered child.
University of Chicago, Press Edit., 1968.

38- HOULLEMARE (L.) ; LALLEMENT (M.T.) -

A propos des sévices chez l'enfant.
Méd. Inf., 1966, 5, 451-453.

39- INGRAHAM (F.D.) ; HEYL (L.M.) -

Subdural hematoma in infancy and Childhood.
J. Ann. Med. Assoc., 1939, 3, 198-204.

40- INGRAHAM (F.D.) ; MATSON (D.D.) -

Subdural hematoma in neurosurgery infancy and childhood.
Springfield C.C. Thomas, 1954, 186-250.

41- ISAACS (S.) -

Physical ill-treatment of children.
Lancet, january 6, 1968, 1, 37-39.

42- ISAACS (S.) -

Neglect, cruelty and battering.
Bristish Med. J., july 22 1972, vol. 3, 224-226.

43- JOSEPH (R.) ; BRAULT (M.) ; JOB (J.C.) ; RIBIERRE (M.) -

Fractures multiples du nourrisson : traumatismes méconnus ou fragilité osseuse sans dysmorphie ?
Arch. Franç. Péd., 1960, 17, 849-865.

44- KAPLAN (M.) ; STRAUS (P.) -

Symptômes présentés par les jeunes enfants victimes de Mauvais traitements. (Le syndrome de l'enfant maltraité).
Entretiens de Bichat, Médecine, 1968.

45- KEMPE (H.C.) et al.

The battered child syndrome.
J. of the Amer. Med. Assoc., july 7 1962, 181, n° 1, 17-24.

46- KEMPE (C.H.) -

Pediatric implications of the battered baby syndrome.
Arch. of DIs. in Childhood, 1971, 46, 28.

47- KLEIN (M.R.) -

L'hématome sous-dural du nourrisson.
Arch. Franç. de Péd., 1964, 21, 425-440.

48- KLEIN (M.R.) ; STERN -

Low birth weight and the battered child syndrome.
Ann. J. of Dis. in Childhood, july 1971, 122, 15-18.

49- KREISLER (L.) ; STRAUS (P.) -

Les auteurs de mauvais traitements aux jeunes enfants. Contribution à un abord psychologique.
Arch. Franç. de Péd., 1971, 28, 249-265.

50- LAUNAY (C.) ; DAVY (C.) -

L'hospitalisme en pédiatrie.
Rev. du Prat., t. 25, juin 1965, n° 18.

51- LEFEBVRE (J.) ; DEBRUN (G.) ; BASCOU (R.) -

Fractures multiples du nourrisson d'origine indéterminée;
J. Radiol. Electro., 1965, 46, 425.

52- MANDE (R.) ; MASSE (N.) ; MANCIAUX (M.) -
Traité de Pédiatrie Sociale.
Flammarion Médecine-Sciences, 1972.

53- MAROTEAUX (P.) ; FESSARD (C.) ; ARON (J.J.) ; LAMY (M.) -
Les séquelles du syndrome de Silverman.
Presse Médicale, 1967, 75, 711-716.

54- MAROTEAUX (P.) ; FESSARD (C.) -
Maladie des Enfants battus.
Pédiatrie du Praticien, septembre 1969.

55- MELNICK (B.) ; HURLEY (J.R.) -
Distinctive personnality attributes of child abusing mothers
J. of Consult. and Clin. Psychol., 1969, vol. 33, n° 6,
746-749.

56- MORSE (C.) ; SAHLER (O.) -
A three year follow up study of abused and neglected
children.
Am. J. of Dis. in CHild., nov. 1970, vol. 120

57- NEIMANN (N.) ; MANCIAUX (M.) ; SAPELIER (J.) ; MONTAUT (J.) -
Considérations sur l'étiologie et le pronostic de l'héma-
tome sous-dural chronique du nourrisson.
Méd. Infant., 1965, 8, 531-543.

58- NEIMANN (N.) ; MANCIAUX (M) ; RABOUILLE (D.) ; ZONN (F.) -
Les enfants victimes de sévices.
Pédiatrie, 23, 8 décembre 1968.

59- NEIMANN (N.) ; RABOUILLE (D.) -
Les enfants victimes de sévices.
Rev. du Prat., T. 23, n° 27, oct. 1969.

60- NEIMANN (N.) ; MANCIAUX (M.) ; RABOUILLE (D.), DOH (M.) -
L'avenir des enfants victimes de sévices.
XIIIe Congré International de Pédiatrie, Vienne, août-sept.
1971.

61- OKELL (C.) -
The battered child, A tragic breakdown in parental care.
Midwife and Health Visitor, June 1969.

62- PARISOT (P.) ; CAUSSADE (L.) -

Les sévices envers les enfants.
Ann. Méd. Lég., 1929, 9, 398-426.

63- RABOUILLE (D.) -

Les jeunes enfants victimes de sévices corporels.
Thèse Méd., Nancy, 1967.

64- SILVER (L.) ; DUBLIN (C.) -

Child abuse syndrome, the gray area in etablishing a diagnostic.
Pediatrics ; oct. 1969, vol. 44, n° 4, 594-600.

65- SILVER (L.) ; DUBLIN (C.) ; LOURIE -

Agency action and interaction in cases of child abuse.
Social Case Work ; vol. 52, mars 1971, 164-171.

66- SILVERMAN (F.N.) -

The roentger manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants.
Am. J. of Roentgenology, march 1953, 69, n° 3, 413-427.

67- SKINNER (A.E.) ; CASTLE (R.L.) -

78 battered children : a retrospective study.
NSPCC, sept. 1969.

68- SOULE (M.) ; NOEL (J.) ; BOUCHARD (F.) -

Le placement familial.
E.S.F. collection, 1969.

69- SOULE (M.) ; NOEL (J.) -

Le grand renfermement des enfants dits "cas sociaux".
La Psych. de l'Enf., P.U.T., 1971, vol. 14, 577-620.

70- STEELE (B.) ; POLLOCK (C.B.) -

A psychiatric study of parents who abuse infants and small children in "the battered child".
The Battered Child. University of Chicago Press, Ed., 1968

71- STRAUS (P.) -

L'hospitalisation des enfants.
Monographie de l'I.H.H., n° 23, 1961.

72- STRAUS (P.) -

Débat sur les enfants maltraités.
Conc. Méd., 1968, 5, 6314.

73- STRAUS (P.) ; COMPERE (R.) ; LIVCHITZ (J.) ; PROT (D.) ; KAPLAN (M.) -

L'apport de la radiopédiatrie au dépistage des enfants maltraités. Ses limites.
Ann. de Radiol., 1968, 11, n° 3-4.

74- STRAUS (P.) ; WOLF (A.) -

Un sujet d'actualité : les enfants maltraités.
La Psych. de l'Enf., 1969, 2, 577.

75- TARDIEU (A.) -

Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants.
Ann. Hyg., 1860, 13-361.

76- TERR (L.C.) -

The battered child rebrutalized. Ten cases of medical-legal confusion.
Ann. J. of Psych., april 1968, 124, 1432-1439.

77- TERR (L.C.) -

A family study of child abuse.
Am. J. of Psych., nov. 1970, 127.

78- THOMAS (E.) ; STEELE (B.F.) -

The battered child. A paediatrician and a psychiatrist"s views. 1969, NSPCC.

79- VANDERNOOB - LEGROSSEC (M.P.) -

Les enfants maltraités : 60 observations médico-légales.
Thèse Méd., Lille, 1970.

80- VEILLARD-CYBULSCY (H.M.) -

Le rôle du juge des enfants dans la protection de l'enfance et de l'adolescence.
C.I.E. Courrier, 1962, 12, 393-404.

81- WASSERMAN -

The abused parents of the abused child children.
1967, 14, 175-179.

82- WHITTEN (C.F.) ; PETTIT (M.G. ; FISCHOFF (J.) -

Evidence that growth failure from maternal deprivation is secondary to undercating.
JANA, sept. 15, 1969, vol. 209, n° 11.

83- WINNICOT -

De la pédiatrie à la psychanalyse. Le développement affectif primaire.
Biblioth. Scientif. Payot.

VU : LE DOYEN

Signé : JEROME

VU : LE PRESIDENT

Signé : MANDE

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR D'ACADEMIE

Signé : R. MALLET